

MISLUKKING EN SUCCES BIJ DE AMBULANTE BEHANDELING VAN DWANGNEUROSE

(Failure and success in the out-patient treatment of obsessive-compulsive disorder)

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR IN DE GENEESKUNDE

AAN DE ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM

OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS

PROF. DR. M.W. VAN HOF

EN VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DEKANEN.

DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATSVINDEN OP

WOENSDAG 3 JULI 1985 TE 15.45 UUR

DOOR

CORNELIS ANTONIUS LEO HOOGDUIN

GEBOREN TE LEIDEN

BEGELEIDINGSCOMMISSIE

PROMOTOR: PROF. DR. J.H. THIEL

OVERIGE LEDEN: PROF. DR. B.P.R. GERSONS

PROF. DR. W.J. SCHUDEL

PROF. DR. F. VERHAGE

MISLUKKING EN SUCCES

BIJ DE AMBULANTE BEHANDELING VAN DWANGNEUROSE

Drukkerij: Sieca Repro B.V.
Delft

MISLUKKING EN SUCCES BIJ DE AMBULANTE BEHANDELING VAN DWANGNEUROSE

Woord vooraf		11
Inleiding		13
<u>Deel I</u>	<u>Dwangneurose: diagnostiek en behandeling</u>	
Hoofdstuk 1	<u>Dwangneurose: begripsbepaling en diagnostiek</u>	15
	1.1 Definitie	17
	1.2 Dwangverschijnselen	19
	1.3 Differentiaal diagnose	26
	1.4 Etiologie	36
	1.5 Prevalentie, beloop en prognose	40
Hoofdstuk 2	<u>Over de behandeling</u>	42
	2.1 Directieve therapie	42
	2.2 Gedragstherapeutische behandeling van dwangverschijnselen met behulp van exposure en responspreventie	47
	2.3 Zelfcontrole-procedures en dwangverschijnselen	50
	2.4 Voorstel tot ambulante behandeling	55
Hoofdstuk 3	<u>Behandeling in de praktijk</u>	61
	3.1 Behandeling met behulp van zelfcontrole-procedures	61
	3.2 Behandeling met een overwegend interactionele strategie	66
	3.3 Dwanggedachten	74
	3.4 Huishoudwang	79
	3.5 Kinderen met een dwangneurose	86
	3.6 Complicaties	94
<u>Deel II</u>	<u>Een onderzoek naar de voorspelbaarheid van het effect van de behandeling bij 60 patiënten met een dwangneurose</u>	111
Hoofdstuk 4	<u>Variabelen met betekenis voor mislukking en succes</u>	113
	4.1 Relevante onderzoeksgegevens	113
	4.1.1 Demografische variabelen	113
	4.1.2 Psychologische variabelen	114
	4.1.3 Therapeutische relatievevariabelen	117
	4.2 Klinische ervaringen met 25 patiënten	118

4.3	Onderscheid tussen mislukking en succes	121
4.3.1	Meting van de veranderingen	121
4.3.2	Mislukking versus succes	123
4.4	Samenvatting	124
Hoofdstuk 5	<u>Onderzoek</u>	125
5.1	Vraagstelling en hypothesen	125
5.1.1	Vraagstelling	125
5.1.2	Hypothesen	125
5.2	Methode	128
5.2.1	Patienten	128
5.2.2	Meetinstrumenten	130
5.2.2.1	Demografische variabelen	130
5.2.2.2	Psychologische variabelen	132
5.2.2.3	Therapeutische relatievevariabelen	139
5.2.3	Procedure	140
Hoofdstuk 6	<u>Algemene resultaten</u>	143
6.1	Patientenselectie	143
6.2	Demografische gegevens	144
6.3	Gegevens over dwangverschijnselen	146
6.3.1	Uitlokkende factoren	146
6.3.2	Indeling	146
6.3.3	Ernst en duur	149
6.3.4	Voorgaande behandelingen	150
6.3.5	Psychofarmacagebruik	154
6.4	Discussie	155
Hoofdstuk 7	<u>Overzicht van de veranderingen: mislukking en succes</u>	159
7.1	Zelfregistratie	159
7.2	Overzicht van de metingen: drop-outs, mislukking en succes	161
7.3	Depressie	165
7.4	Angst	167
7.5	Dwangmatig gedrag	171
7.6	Discussie	172

Hoofdstuk 8	<u>Verschillen en overeenkomsten tussen mislukking en succes</u>	177
8.1	Demografische gegevens	177
8.2	Gegevens over dwangverschijnselen	179
8.2.1	Indeling dwang	179
8.2.2	Ernst en duur	180
8.2.3	Voorgaande behandelingen	183
8.2.4	Psychofarmacagebruik	184
8.3	Stresserende gebeurtenissen tijdens de behandeling	185
8.4	Discussie	
Hoofdstuk 9	<u>Voorspelbaarheid van het effect</u>	190
9.1	Variabelen afzonderlijk	191
9.1.1	Psychologische variabelen	191
9.1.2	Therapeutische relatievevariabelen	192
9.1.3	Discussie	195
9.2	Variabelen gezamenlijk	201
9.2.1	Voorspelbaarheid op de 7 variabelen gezamenlijk	201
9.2.2	Discussie	216
Hoofdstuk 10	<u>Slotbeschouwing</u>	218
10.1	Samenvatting van de resultaten en beantwoording van de vraagstelling	218
10.2	Aanbevelingen voor verder onderzoek	223
10.3	Aanbevelingen voor de behandeling	223
	<u>Samenvatting / Summary</u>	228
Literatuur		236
Addendum		250
Curriculum vitae		255

WOORD VOORAF

Met het voltooiën van dit boek zijn de drie gebieden waarop mijn aandacht de laatste tien jaar gericht was, samengebracht: ambulante behandeling, zelfcontrole-procedures en dwangneurose.

Ik dank professor J.H. Thiel voor de steun en begeleiding die hij bij deze synthese gegeven heeft. Vanuit de opleiding stond professor J.J. Bastiaans model voor grote inzet en liefde voor het vak. Ook leerde hij mij niet op te geven waar veranderingen bij patienten op zich lieten wachten. Professor A. Verjaal heeft mij duidelijk gemaakt dat psychiatrie net als neurologie een specialisme is met grenzen: iemand die geen zin heeft om op te staan, is geen psychiatrische patient. Dr. H.J. Duivenvoorden ontsloot de methodologie en liet mij kennismaken met de statistiek; in deze studie zijn veel van zijn opvattingen te vinden. Dr. R.W. Trijsburg werkte menige versie door en verschaftte vaak nuttig commentaar.

De betekenis van de zes collega's van de directieve groep, R. Van Dyck, O. van der Hart, L.J. Joele, A. Lange, D.N. Oudshoorn en K. van der Velden, is van grote betekenis geweest bij het tot stand komen van vele ideeën die in deze studie terug te vinden zijn.

R. Van Dyck, psychiater, leerde mij de directieve principes kennen; dr. A. Lange stuurde mijn aandacht naar de zelfcontrole; psychotherapeut K. van der Velden leerde mij dat therapeutisch optimisme niet strijdig behoeft te zijn met realisme. Bovendien buddiede hij het gehele boek nog eens op stijl, taal en opzet, hetgeen zeer heeft bijgedragen tot de uiteindelijke leesbaarheid.

E. de Haan leverde een belangrijke bijdrage met haar voortdurend kritisch volgen van de ontwikkelingen van de hier beschreven strategie. Bovendien heeft zij als supervisor, zoals W.A. Hoogduin, A.R. Kraft en T. Rombouts als therapeut, P.M. de Jong als onafhankelijk assessor en S.H. Hartman-Faber als tweede beoordelend psychiater, een belangrijk aandeel geleverd aan het welslagen van dit project.

Dankzij mevrouw M. de Wolff van de Stichting Fobieclub Nederland vonden vele patienten met een dwangneurose de weg naar onze polikliniek. Cora Bleeker en Carolien van Diepen verzorgden opgewekt het steeds maar weer vermenigvuldigen van het manuscript.

Veel dank aan Marijke van der Does die tijdens het onderzoek en bij het tot stand komen van dit boek met haar organisatorische en administratieve talenten van grote betekenis was; haar bijdrage was groter dan gevraagd kon worden.

Tot slot een woord van dank aan mevrouw K., een patiente met een zeer ernstige dwangneurose. Haar behandeling heeft ongeveer 800 zittingen in beslag genomen; het is vooral deze patiente geweest die mij bijgebracht heeft wat het hebben van een dwangneurose betekent.

INLEIDING

Met het werk van Meyer, Rachman, Foa en Emmelkamp is een belangrijke ontwikkeling op gang gekomen met betrekking tot de behandeling van patienten met een dwangneurose. Maakte het in het verleden niet zoveel uit op welke manier deze patienten behandeld werden, de laatste jaren is het vast komen te staan dat een behandeling gebaseerd op de gedrags-therapeutische principes van exposure en responspreventie de behandelingsresultaten aanmerkelijk heeft verbeterd. Bovendien is gebleken dat deze resultaten die eerst in een klinische setting werden bereikt, niet verschilden van die van een poliklinisch uitgevoerde behandeling.

In deze studie wordt in het eerste gedeelte aandacht gegeven aan de praktijk van dergelijke poliklinisch uitgevoerde behandelingen. Met behulp van de principes uit de directieve therapie worden de exposure en responspreventie dusdanig aangeboden dat de patient zo gemotiveerd mogelijk de behandelprogramma's gaat uitvoeren. Dat betekent dat de eerste doelstelling - de patient maximaal motiveren - gevolgd kan worden door een behandelplan met exposure en responspreventie, uitgevoerd door de patient zelf, zonder externe controle. De problemen die een dergelijke behandeling met zich meebrengt, worden uitvoerig besproken.

In het tweede deel wordt onderzocht of de behandeling effectief is. Vervolgens wordt gekeken of de patienten die baat hebben bij de behandeling verschillen van hen die geen baat hebben. Dit met als doel variabelen op te sporen waarmee het mogelijk wordt van te voren uitspraken te doen of een bepaalde patient wel of geen baat zal hebben bij de behandeling. Wanneer patienten die geen baat zullen hebben van de hier gepresenteerde behandeling van te voren op te sporen zijn, zullen deze patienten anders behandeld moeten worden. Aldus zal mogelijk een bijdrage geleverd kunnen worden om het aantal mislukte behandelingen te verkleinen.

Tot slot: wanneer gesproken wordt over dwangneurose, wordt bedoeld dat de diagnose gesteld is overeenkomstig de criteria van D.S.M.-III. Bij de behandeling gaat het steeds om behandeling van de stoornissen die op As I van de D.S.M.-III-classificatie worden weergegeven.

DEEL I

DWANGNEUROSE: DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

Hoofdstuk 1

DWANGNEUROSE: BEGRIPSBEPALING EN DIAGNOSTIEK

Het stellen van de diagnose levert bij een dwangneurose met dwanggedachten, angsten, spanningen en dwanghandelingen niet veel problemen op. Toch bestaan er verschillende opvattingen over wat wél en wat niet als dwangneurose beschouwd moet worden.

In dit hoofdstuk worden de definiëring en de diagnostische criteria gegeven zoals die vermeld worden in D.S.M.-III (A.P.A., 1980).

Er wordt speciaal aandacht gegeven aan beschrijving van de symptomatologie, m.n. aan de onderlinge afhankelijkheid van dwanghandelingen en dwanggedachten.

Bij de bespreking van de differentiaal diagnose wordt uitvoerig ingegaan op het onderscheid tussen dwang- en drangverschijnselen

1.1 Definitie

De dwangneurose is in D.S.M.-III ondergebracht bij de groep 'Angststoornissen'. Dit is een groep aandoeningen die als gemeenschappelijk kenmerk het beleven van angst heeft.

In D.S.M.-III wordt de volgende beschrijving van de dwangneurose gegeven:

- De essentiële kenmerken van de dwangneurose bestaan uit terugkerende dwanghandelingen of dwanggedachten. Dwanggedachten (obsessions) zijn steeds terugkerende persisterende ideeën, gedachten, beelden of impulsen die egodystoon zijn. Dit laatste wil zeggen dat deze gedachten als onvrijwillig beleefd worden; als gedachten die het bewustzijn binnendringen. Ze worden beleefd als zinloos of verwerpelijk. Er worden pogingen ondernomen ze te negeren of te onderdrukken.
- Dwanghandelingen (compulsions) zijn steeds herhaalde en schijnbaar zinvolle handelingen die volgens bepaalde regels op een stereotype wijze worden verricht. Het gedrag is niet een doel op zichzelf, maar dient om een situatie in de toekomst te doen ontstaan of juist te verhinderen. De activiteit is echter niet op realistische wijze verbonden met datgene dat moet ontstaan of

juist voorkomen moet worden, of is overduidelijk excessief. De behandeling wordt verricht met een gevoel van subjectieve dwang die gepaard gaat met een wens de dwang te weerstaan (in ieder geval in het begin van de aandoening). De betrokkene herkent de zinloosheid van het gedrag (dit geldt soms niet voor kinderen) en beleeft geen plezier bij het uitvoeren van de handeling, hoewel het een vermindering van spanning geeft.

In D.S.M.-III wordt het beeld samengevat onder de naam "Obsessive Compulsive Disorder" of "Obsessive Compulsive Neurosis". Van Ree et al. (1982) geven in een beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de D.S.M.-III als vertaling: "obsessief-compulsieve stoornis" of "obsessief-compulsieve neurose". Hoewel het aan te bevelen is - ook internationaal - bij het gebruik van diagnostische eenheden zich zo uniform mogelijk op te stellen - Trijsburg (1981) geeft een goed overzicht met betrekking tot de begripsverwarring die over de nomenclatuur van de dwangneurose is ontstaan - wordt er hier toch de voorkeur aan gegeven te spreken over dwangneurose. De argumentatie voor deze keuze is bescheiden: obsessief-compulsieve stoornis is geen mooi Nederlands; daarnaast is de term 'dwangneurose' de term die gebruikelijk was en is in de Nederlandse psychiatrie.

Om de diagnose dwangneurose te kunnen stellen, moet het klinisch beeld aan de diagnostische criteria van D.S.M.-III voldoen:

- Er moet sprake zijn van dwanggedachten of dwanghandelingen.
- De dwanggedachten of dwanghandelingen moeten een bron van ellende zijn voor de patient of interfereren met adequaat sociaal functioneren.
- De dwanggedachten of dwanghandelingen mogen niet het gevolg zijn van een andere psychiatrische stoornis, zoals het syndroom van Gilles de la Tourette, schizofrenie, psychotische of vitale depressie (Major Depressive Episode, vgl. D.S.M.-III) of een organisch bepaalde psychiatrische stoornis.

1.2 Dwangverschijnselen

In D.S.M.-III wordt het voorkomen van dwanggedachten of dwanghandelingen essentieel geacht voor het stellen van de diagnose dwangneurose. Hiermee is nochtans niet het gehele klinische beeld gegeven. Naast angst en paniekgevoelens rapporteren patiënten met een dwangneurose vaak depressieve klachten, problemen rond werk en huishouding en relationele problemen.

Dwanghandelingen kunnen niet los gezien worden van dwanggedachten. Dowson (1977) onderzocht 41 dwangpatiënten en vond bij patiënten met dwanghandelingen steeds een relatie van de diverse dwanghandelingen met ten minste één dwanggedachte. Anders gezegd: de dwanghandeling kan gezien worden als een uitdrukking van daaraan voorafgaande psychische activiteit.

In de loop der jaren zijn deze angstaanjagende dwanggedachten vaak door cognitieve processen minder op de voorgrond tredend. Zo kan de patiënte met een angst voor hondefaeces op de vraag waarom de schoonmaakrituelen plaatsvinden, in eerste instantie antwoorden dat zij altijd die schoonmaakrituelen uitvoert omdat ze buiten is geweest. Bij doorvragen wordt duidelijk dat de gedachte dat ze bevuild zou kunnen zijn en zo het huis zou kunnen binnengaan, voor haar ondraaglijk is en tot paniek leidt. Deze gedachte wordt in het begin vrijwel altijd als een flits beleefd. Wanneer zij geleerd heeft dat poetsen, schoonmaken e.d. een oplossing inhoudt, lukt het meestal de paniek onder controle te houden.

Daarnaast kunnen dwanggedachten zonder dwanghandelingen voorkomen; bij twee van de 41 patiënten die door Dowson werden onderzocht, was dit het geval. De dwanggedachten kunnen plots ontstaan, maar vaak worden ze uitgelokt door bepaalde gedachten, gebeurtenissen of situaties. Bijv.: Een jonge vrouw met de dwanggedachte kaal te worden, controleerde in aansluiting aan deze gedachte of haar hoofdharen nog wel vast in de hoofdhuid zaten. Ze kreeg de gedachte aan kaalheid spontaan, maar ook bij het zien van kammen, een losse haar op kleding en bij het kammen van haar.

Bij patiënten met dwanghandelingen kan de volgende sequentie vastgesteld worden:

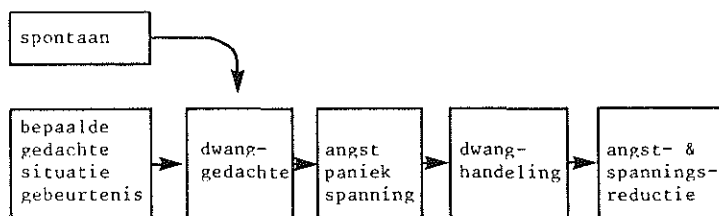


Fig. 1: Sequentie bij dwangpatienten met dwanghandelingen.

Het angstwekkende van de dwanggedachten en het angstreducerende effect van de dwanghandelingen worden algemeen aangenomen (vgl. Rachman & Hodgson, 1980; Foa & Tillmans, 1980; Emmelkamp, 1982a). Er wordt één uitzondering beschreven die als Primaire Dwangmatige Traagheid (Primary Obsessional Slowness) bekend is geworden (Rachman, 1974; Rachman & Hodgson, 1980).

Bij de primaire dwangmatige traagheid doet de patient vele uren over de gewone dagelijkse activiteiten als aankleden en tanden poetsen. Een opvallend verschijnsel is de rust waarmee de patient de activiteiten uitvoert (Rachman, 1974). Slechts bij één van de tien patienten met deze stoornis die werden onderzocht, werden de handelingen voorafgegaan of begeleid door angst of spanning van enige betekenis. In dat ene geval werden de dwanghandelingen eveneens gevolgd door vermindering van die spanning (Rachman & Hodgson, 1980).

Een bepaalde gebeurtenis, gedachte of situatie kan de sequentie die tot verhoogde spanning en dwanghandelingen leidt, in gang zetten. De patienten zullen proberen te voorkomen dat deze gebeurtenis, gedachte of situatie zich kan voordoen. Patienten met smetvrees bijv. die hun spanning na een contaminatie moeten wegwerken door uren hun handen en kleding te wassen, zullen proberen situaties waarin ze bevuild kunnen raken, te vermijden. Soms betekent dit dat zij zoveel mogelijk binnen blijven, maar het is ook mogelijk dat zij trachten ontlasting en urine zo lang mogelijk in te houden. Heeft de patient kinderen, dan moeten die vaak allerlei schoonmaakhandelingen verrichten voordat zij het huis mogen

binnengaan. Bezoek wordt als een ramp gezien en dit heeft vaak tot gevolg dat er na kortere of langere tijd geen visite meer komt. Vaak is de dwangneurose een aandoening die tot sociaal isolement leidt. Dit is niet alleen het gevolg van de vermijding, maar ook van het feit dat de uitvoering van de dwanghandelingen zoveel tijd kan vragen dat andere zaken niet meer aan bod komen. Soms is er geen tijd genoeg om de dwangpatronen af te wikkelen. Een voorbeeld is de vrouw met opgroeiende kinderen die een huishoudwang heeft. De kinderen laten zich ten slotte niet volledig onder controle houden. Dit betekent dat een dergelijke patiënte wanhopig tot diep in de nacht aan het poetsen en schoonmaken is tot ze uitgeput is (vgl. Hoogduin et al., 1981).

Wanneer de patiënt niet langer in staat is met behulp van dwanghandelingen de angsten en spanningen belangrijk te doen afnemen, kan een situatie ontstaan waarbij de patiënt niets meer durft of kan. Dit zg. amortiseren kan inhouden dat de patiënt aan hevige innerlijke onrust ten prooi, geen pas meer durft te zetten. Een patiënte met een angst bevuild te raken met hondefaeces, was wanneer zij meende in aanraking met faeces geweest te zijn, vele uren bezig met handen wassen en het schoonmaken van het huis. Soms dacht ze wanneer ze iets donkers op de vloerbedekking zag dat er hondefaeces in haar huis lag. Ze raakte dan in paniek en bleef zonder zich te bewegen op dezelfde plek tot haar echtgenoot thuis kwam. Soms lukte het haar met veel moeite de telefoon te bereiken. Haar echtgenoot, als arts werkzaam in een ziekenhuis, wist dan niets anders te doen dan naar huis te gaan om het ongerief te verwijderen, waarna patiënte geleidelijk weer tot rust kwam. Dit voorbeeld geeft aan hoe een patiënt met een dwangneurose bij de bestrijding van angst en spanning de andere gezinsleden kan inschakelen. In het voorbeeld van de vrouw met de angst voor besmetting met hondefaeces begeleidde de man zijn vrouw op straat. Hij kookte en verzorgde de maaltijden. Alle boodschappen werden door hem gedaan. Vaak moeten de gezinsleden regels in acht nemen om te voorkomen dat de patiënt weer dwanghandelingen 'moet' uitvoeren. Ook worden de gezinsleden vaak gedwongen zelf rituelen uit te voeren, bijv. schoonmaakrituelen nadat ze buiten zijn geweest.

Soms worden ze eveneens ingeschakeld om controle- en schoonmaak-rituelen uit te voeren wanneer de patienten zichzelf niet meer vertrouwen of dusdanig uitgeput zijn dat zij de rituelen niet langer kunnen uitvoeren. Sommige patienten hebben geleerd dat ook het stellen van vragen aan gezinsleden, de huisarts, evt. de dominee, tot geruststelling en angst- en spanningsvermindering kan leiden.

Een patient die zich 'moest' trachten te herinneren wat hij op een bepaalde dag of tijd, soms jaren geleden, had gedaan, schakelde zijn vrouw bij het oplossen van deze twijfels in. Hij stelde de vragen aan haar. Wanneer haar antwoord naar zijn mening voldoende zeker was, was hij even - soms maar enkele seconden - vrij van twijfel. Vaak slaagde zijn vrouw er niet in - omdat zij het ook niet meer wist - hem antwoord te geven. Dit vraaggedrag kan zich evenals de dwanghandelingen, zeer bizar ontwikkelen. Deze patient bijv. stelde zijn vrouw regelmatig de vraag: "Wat wilde ik ook alweer vragen?"

De sequentie ziet er in dit geval als volgt uit (zie fig. 2):

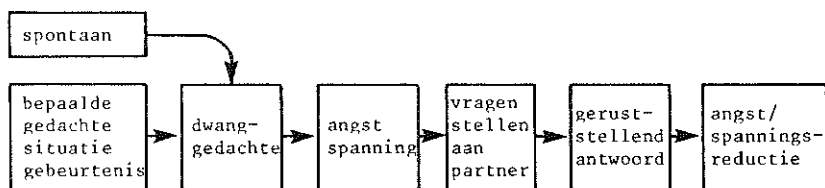


Fig. 2: Sequentie bij dwangpatienten met dwangmatig vraaggedrag.

Sommige patienten hebben in het geheel geen dwanghandelingen, maar alleen dwanggedachten waartegen zij een aanhoudende strijd leveren. Zij ervaren echter een vermindering van spanning wanneer zij deze gedachten op een bepaalde manier hebben kunnen afwikkelen. Deze afwikkeling geschiedt meestal op een stereotype wijze. De patient probeert de dwanggedachten bijv. te neutraliseren door bepaalde andere gedachten op te roepen (Rachman, 1976b). Soms lukt dit. Deze neutraliserende gedachten leiden tot een vermindering van spanning en angst en hebben soms tot gevolg dat de patient zich

weer in orde of zelfs opgelucht voelt. De inhoud van de neutraliserende gedachten is vaak tegengesteld aan de inhoud van de dwanggedachte. Een patient slaagde er bijv. in de dwanggedachte "Val dood" te neutraliseren door vijfmaal "Lang zal hij leven" te denken. Een andere patient had de dwanggedachte dat een door hem aangeraakt voorwerp ongemerkt beschadigd zou kunnen worden. Dit had tot gevolg dat hij dit voorwerp steeds opnieuw bekeek en controleerde. Wanneer hij op zijn werk was, kon hij overvallen worden door de gedachte dat hij thuis iets beschadigd zou kunnen hebben. Wanneer dit gebeurde, ging hij voor zichzelf nauwgezet na wat hij met het betreffende voorwerp had gedaan. Meermalen lukte het hem op deze manier zijn spanning te reduceren. Het is duidelijk dat deze gedachten een vergelijkbare betekenis hebben als de dwanghandelingen of dwangrituelen: zij hebben eveneens een angst- en spanningsreductie tot gevolg. In schema ziet deze sequentie er als volgt uit (zie fig. 3):

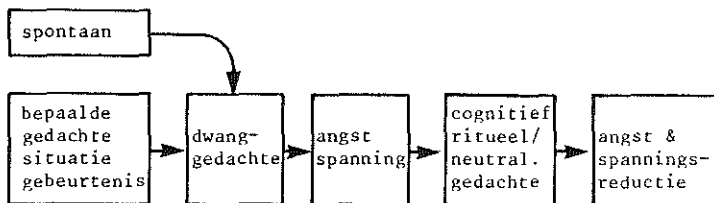


Fig. 3: Sequentie bij patienten met alleen dwanggedachten.

Het verschijnsel dwanggedachten heeft jarenlang tot veel misverstand en aanleiding gegeven en doet dat nog. Velen beschouwen en beschouwen de cognitieve rituelen als de eigenlijke dwanggedachten. In tegenstelling tot de plots optredende dwanggedachten die angst en spanning geven - in het voorbeeld hierboven: "Heb ik het antieke vaasje op de schoorsteen niet ongemerkt beschadigd?" - geven de cognitieve rituelen rust. Het is Rachman (1976b) geweest die de overeenkomsten van de cognitieve rituelen met de dwanghandelingen beschreven heeft. Toch blijven er problemen rond de beschrijving van de dwangverschijnselen bestaan: Foa en Steketee (1979), voortbordurend op Rachman (1976), bijv. doen het voorstel

gedachten, beelden en activiteiten die angst opleveren "obsessions" te noemen en gedrag, gedachten en beelden die angst reduceren "compulsions" (zie ook Foa & Tillmans, 1980). Deze constructie doet nogal kunstmatig aan. Beter lijkt het Rachman te volgen en te spreken van cognitieve rituelen.

Tot slot nog iets over de dwanggedachte. De angstaanjagende dwanggedachte wordt als een flits gedacht en daarna gevolgd door paniek. Patientten leren de gedachte te herkennen en anticiperen op de mogelijkheid dat ze er weer last van krijgen. Dit kan anticipatie-angst met vermijding van bepaalde taken of situaties tot gevolg hebben. De angst en spanning die op de gedachte volgen, kunnen vaak hoog oplopen en de vorm van paniek- en hyperventilatie-aanvallen aannemen. Met behulp van rituelen krijgt de patient ten slotte enige controle over deze angst en spanning. Een belangrijke factor is dat de dwanggedachten als verwerpelijk beleefd worden.

Een jonge moeder ontwikkelde na de partus de dwanggedachte haar kind, en later ook bezoek en familie, te moeten wurgen. Deze gedachte vond ze niet alleen storend en angstaanjagend, maar ook zo verwerpelijk dat ze zichzelf enorm verachtte. Ze trachtte deze gedachte te neutraliseren door tegen zichzelf te zeggen dat ze juist heel aardig voor haar kind wilde zijn, maar de cognitie dat ze toch een slechte vrouw moest zijn, kreeg ze op deze manier toch niet weg. Hier kwam dus bij de egodystone dwanggedachte: "Als ik mijn kind maar niet plotseling wurg" en de egosyntone, morbide preoccupatie: "Ik deug niet, ik ben een slechte moeder".

De meeste mensen kennen dwanggedachten. Rachman en De Silva (1978) onderzochten 124 'normale' personen op het voorkomen van dwanggedachten en vergeleken hun bevindingen met de gegevens over dwanggedachten verzameld bij acht patientten met een dwangneurose. Van de 124 onderzochte personen rapporteerden er niet minder dan 104 (= 84%) dat ze wel eens kortere of langere tijd last hadden van dwanggedachten. Bij vergelijking van deze dwanggedachten met de dwanggedachten zoals die bij de dwangpatientten voorkwamen, konden met enige voorzichtigheid de volgende conclusies getrokken worden: de vorm en tot bepaalde hoogte ook de inhoud waren gelijk.

Ook wat betreft de relatie tot de stemming en de betekenis voor de betrokkene waren de gedachten vergelijkbaar. Verschillen werden eveneens gevonden: de dwanggedachten bij dwangpatiënten werden minder snel geaccepteerd; de gedachten bleven langer aanwezig dan bij 'normale' mensen en werden intensiever beleefd. Ze gaven meer spanning en kwamen frequenter voor. De dwangpatiënten verzetten zich meer tegen de gedachten en beleefden ze meer als ik-vreemd (egodystoon). De dwangpatiënten hadden meer de neiging ze te neutraliseren. Dwangpatiënten hadden meestal meerdere dwanggedachten en hadden vaak dwanghandelingen. Neutraliserende activiteiten verminderden bij beide groepen de spanning. Tot slot kon geen antwoord gegeven worden op de vraag waarom 20 van de 124 proefpersonen nooit dwanggedachten hadden (zie Rachman & Hodgson, 1980).

Er zijn bepaalde situaties die aanleiding geven tot de hier beschreven sequentie. De patient zal hierop anticiperen en zal dergelijke situaties proberen te vermijden. Dit kan bij bepaalde dwangverschijnselen soms lukken, bij andere dwangverschijnselen in het geheel niet. Bijv.: Een patient die uitvoerige controle-rituelen heeft op het moment dat het huis verlaten wordt, zal het huis zo min mogelijk verlaten. Een patient met de angst met hondexfaeces bevuild te worden, zal situaties waar zich honden kunnen ophouden, vermijden, alsook situaties waarin zich mensen of voorwerpen bevinden die met honden in aanraking komen. De patient die in grote, stille ruimten vaak door dwanggedachten overvallen werd, zal deze ruimten op den duur gaan mijden. Was hij een liefhebber van museumbezoek, dan gaat hij wellicht niet meer naar het museum.

Het voorgaande samenvattend, kan gesteld worden dat het bij dwangneurose gaat om het ontstaan van een angst- en spanninggevend dwanggedachte die gevolgd wordt door een angst- en spanning-reducerende dwanghandeling, een cognitief ritueel of dwangmatig vraaggedrag, met geruststellende antwoorden van een betekenisvolle persoon uit de omgeving.

In schema:

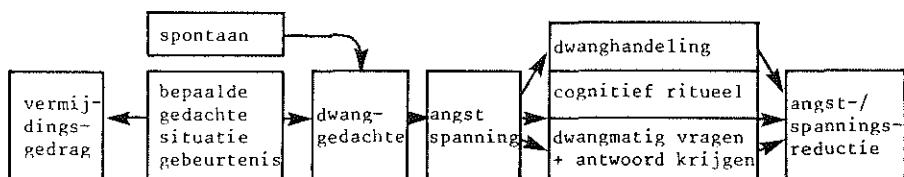


Fig. 4: Overzicht van de diverse sequenties bij de dwangneurose.

Er zijn vele pogingen ondernomen de verschillende dwangverschijnselen in te delen (zie Akhtar et al., 1975; Rachman, 1976a; Dowson, 1977; Haaijman, 1981 en Foa & Tillmans, 1980).

Het grote probleem bij het gebruik van dergelijke indelingen is dat de diverse dwangverschijnselen vrijwel nooit in één rubriek onder te brengen zijn. Zo deelt Rachman (1976a) de patienten in in poetsers (cleaners), controleerders (checkers) en patienten met alleen dwanggedachten, maar - zo stelt hij - meestal hebben de patienten iets van alle drie deze categorieën. Bijv.: Een patiente met een huishoudwang heeft de dwanggedachte dat haar huis niet schoon is; zij gaat schoonmaken om vervolgens het gereinigde te controleren. Dit betekent dat dwangneurosen slechts naar het belangrijkste aspect van de dwang gerubriceerd kunnen worden. Dit beperkt de bruikbaarheid van indelingen (zie ook Foa & Steketee, 1979). Wanneer aan patienten met een dwangneurose gevraagd wordt hun dwanggedachten te beschrijven, blijken deze vaak een centraal thema te hebben. Dit komt soms al tot uiting in de door de patient gebruikte diagnose, bijv. smetvrees. De dwanggedachte is als volgt te beschrijven: "Help, ik ben besmet" of "Help, ik kan besmet raken", waarna resp. dwanghandelingen (= wassen) of vermijding en evt. cognitieve rituelen (bijv. tien weesgegroetjes bidden) volgen.

1.3 Differentiaal diagnose

Bij het vaststellen van de diagnose 'dwangneurose' is het noodzakelijk

de dwangverschijnselen van de op dwang gelijkende klachten te onderscheiden. Ook is het noodzakelijk om vast te stellen of evt. dwangsymptomatologie gezien moet worden als onderdeel van een dwangneurose, dan wel als onderdeel van een ander ziektebeeld.

- Dwanggedachten en morbide preoccupaties

Bij morbide preoccupaties heeft de gedachte-inhoud meestal te maken met werkelijke problemen of ervaringen die mensen ongelukkig kunnen maken. De inhoud is vrijwel steeds consistent met persoonlijkheid en voorgeschiedenis (Rachman, 1973). Zij worden als egosyntoon beleefd.

Bij dwanggedachten is de inhoud meestal strijdig met de eigen normen en achtergrond en ze worden dystoon beleefd.

De preoccupaties hebben een rationele achtergrond, patiënten verzetten zich er niet zo tegen als zij bij dwanggedachten doen.

In schema (zie tabel 1, naar Rachman, 1973):

Tabel 1: Dwanggedachten en morbide preoccupaties; overeenkomsten en verschillen (naar Rachman, 1973).

Dwanggedachten	Morbide preoccupaties	
	<ul style="list-style-type: none"> - deprimerend - concentratie-verstorend - schuldgevoel gevend - als binnendringend beleefd - repeterend 	overeenkomsten
egodystoon irrationeel mobiliseren verzet inhoud: <ul style="list-style-type: none"> - agressief - gruwelijk - vaak ondenkbare gebeurtenissen 	egosyntoon rationeel geen verzet inhoud: <ul style="list-style-type: none"> - gangbaar - realistisch - bedreigend 	verschillen

Morbide preoccupaties hebben betrekking op allerlei gangbare onderwerpen, zoals geldzorgen, opvoedkundige problemen en werkproblemen. Morbide preoccupaties kunnen, net als dwanggedachten, patienten de gehele dag bezighouden: "Het maalt maar in mijn hoofd". Als belangrijkste differentiaal diagnostische criterium geldt het egosyntoon zijn van de morbide preoccupaties.

- Dwangneurose en de andere aandoeningen die met angst gepaard gaan

De dwangverschijnselen laten zich onderscheiden van de verschijnselen zoals die gezien worden bij de andere aandoeningen die met angst gepaard gaan. Weliswaar kent de patient met een dwangneurose vaak angsten en paniekaanvallen, maar de eerder beschreven diagnostische criteria van de D.S.M.[▲]III maken het onderscheid niet al te moeilijk. Wel kan het soms lastig zijn - vooral wanneer de patient met een dwangneurose veel vermijdingsgedrag heeft - de aandoening te differentiëren van fobische stoornissen, bijv. wanneer een patient met smetvrees zo erg tegen zijn was- en schoonmaakrituelen opziet dat iedere besmettingsmogelijkheid uit de weg gegaan wordt. Dit kan betekenen dat de patient in het geheel niet meer buiten komt. Afhankelijk van de klachtenpresentatie kan verwarring met agorafobie ontstaan. Een belangrijk verschil tussen de fobische en de dwangneurotische patient is gelegen in het wel of niet slagen van de vermijding (zie Foa & Steketee, 1979). De agorafobische patient die binnen blijft, zal zich redelijk wel kunnen voelen; een dwangpatient met angst voor besmetting blijft misschien wel binnen, maar ook binnen kan via de lucht, het water, het voedsel, contacten met derden of contacten met de eigen uitscheidingsproducten besmetting plaatsvinden. Dit betekent dat ook in huis de klachten zich zullen voordoen; anders gezegd: de vermijding bij de patient met de dwangneurose is nooit zo succesvol als bij de patient met een fobie. Ook bij een zg. 'eenvoudige' fobie (bijv. voor spinnen) kan de diagnostiek nog wel eens problemen opleveren. De vermijding wordt minder goed mogelijk - in ieder gaatje kan immers een spin

zitten -. Toch kan wanneer een kamer spinvrij gemaakt is, de rust weerkeren en bij verblijf in die ruimte heeft de patient geen angsten. De paniek ontstaat pas opnieuw wanneer een raam heeft open gestaan of wanneer de patient bijv. in een boerenwoning moet gaan logeren. Een patient met een dwangneurose en angst voor bacteriën ervaart die rust eigenlijk nooit.

- Dwangneurose en dwangmatige persoonlijkheid

Van belang is dat bij een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis geen sprake is van een ziekte. Een probleem bij de differentiaal diagnose is dat dwangneurotische klachten vaak ontstaan bij personen met een dergelijke persoonlijkheidsstoornis.

In D.S.M.-III worden vijf belangrijke kenmerken van de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis genoemd (de aanwezigheid van vier is nodig voor het stellen van de diagnose 'dwangmatige persoonlijkheid').

1. Nauwelijks in staat tot het geven van warmte en liefde, maar neigend tot formele, serieuze gedragspatronen.
2. Perfectionisme en preoccupatie met details.
3. Eisend in contact met de directe omgeving met een onvermogen waar te nemen wat de ander hierdoor ondergaat.
4. Excessieve toewijding tot werk en productiviteit; plezier en de betekenis van interpersoonlijke contacten worden terzijde geschoven.
5. Besluiteloosheid, beslissingen worden uitgesteld.

Een 50-jarige man werd aangemeld met de diagnose dwangneurose. Patient was niet in staat iets weg te gooien. Dit had tot gevolg dat zijn huis geleidelijk gevuld was met rommel, oude kranten, papierafval en dozen. Hij stroopte op marktdagen na afloop het marktplein af op zoek naar dingen die nog bewaard konden worden. Hij dacht zich boven een teil om te voorkomen dat er water verspild werd. Hij gebruikte dit water weer om het toilet door te spoelen. Hij meldde zich niet om behandeld te worden voor deze eigenaardigheid, maar vroeg hulp om er voortaan in te slagen de rommel te sorteren en naar de diverse oud-papier- en lompenhandels te brengen. Het aldus verzamelde geld stortte hij op een

spaarrekening "om in moeilijke tijden iets achter de hand te hebben". Deze verschijnselen werden geheel egosyntoon beleefd. Hij vond zichzelf een voorbeeld voor anderen die van alles verspilden

- Dwangneurose en schizofrenie

Belangrijk is een onderscheid tussen de inhoud van dwanggedachten en de inhoud van wanen. De dwanggedachte wordt egodystoon beleefd, overvalt de patient en dat alleen al doet de patient lijden. Bij een waan is de inhoud egosyntoon: de patient is overtuigd van de juistheid van de denkbeelden. Rudder et al. (1982) maken een onderscheid tussen primaire en secundaire wanen, waarbij de secundaire wanen opgevat kunnen worden als een poging van de patient de psychotische belevenissen te ordenen. Een 12-jarige jongen met ernstige dwangverschijnselen - gedachten aan naderend onheil en dwangmatig herhalen van bepaalde handelingen en cognitieve rituelen, zoals tellen - die in eerste instantie succesvol behandeld werd voor een dwangneurose, bleek bij follow-up na zes jaar een psychotisch beeld ontwikkeld te hebben (zie Hoogduin & De Haan, 1981). De gedachte dat verschrikkelijke dingen hem zouden overkomen 'neutraliseerde' hij door 's-nachts (ook in de winter) over straat te lopen en in portieken te overnachten. Hij kneedde in de rechterhand een bal faeces om te voorkomen dat zijn geest verloren zou gaan. Deze opvatting werd als egosyntoon beleefd.

- Dwangneurose en het Syndroom van Gilles de la Tourette

Montgomery et al. (1982) vonden bij 10 van de 15 patienten met het syndroom van Gilles de la Tourette een dwangneurose. De combinatie dwangneurose en tics zou vaker gezien worden (zie Verhey & Wouters, 1980; Oudshoorn, 1980). Het syndroom van Gilles de la Tourette zal in diagnostisch opzicht geen grote problemen opleveren. De multiple tics, de vocale tics, vaak met uitstoten van obscene woorden, zijn opvallend genoeg. Wanneer het niet gaat om een volledig tot ontwikkeling gekomen syndroom, maar er sprake is van een voorbijgaand ticsyndroom of van een

chronisch motorisch ticsyndroom in combinatie met dwangverschijnselen, zal het afhangen van de ernst van de dwangverschijnselen voor welke diagnose gekozen wordt. Of het hier werkelijk om dwangverschijnselen gaat, is echter de vraag. Een 40-jarige vrouw met multiple tics die tegen haar zin met grote regelmaat de woorden 'amen' en 'kut' uitstootte, klaagde ook over wat zij dwanggedachten noemde. Deze gedachten bestonden uit een plots opkomende neiging haar echtgenoot voor alles wat mooi en lelijk was uit te maken. Zij slaagde er in deze neiging te beheersen. Zij beleefde deze impulsen als egosyntoon, van zichzelf uitgaand. De gedachten werden niet met angst beleefd, maar meer als een eigenaardigheid, vergelijkbaar met haar tics. Het ging hier niet om dwanggedachten, maar meer om egosyntone impulsen (Impulsions, vgl. Bender & Schilder (1940); zie later bij stoornissen in de impulscontrole).

- Dwangneurose en hersenbeschadiging

Dwangverschijnselen kunnen voorkomen na hersenbeschadigingen. Differentiaal diagnostisch gaat het erom wanneer een patient met dwangverschijnselen zich aanmeldt, dwangverschijnselen in combinatie met hersenpathologie uit te sluiten.

Rachman en Hodgson (1980) komen na een literatuurstudie tot de volgende verschillen tussen de dwangverschijnselen bij de dwangneurose en de dwangverschijnselen bij hersenbeschadiging:

- Er is een voorgeschiedenis van verwonding, ziekte of geboortecomplicatie.
- De dwanggedachte heeft geen zinnige inhoud.
- De dwanggedachte of -handeling mist een intentie.
- Er zijn tegelijk voorkomende defecten zoals geheugenstoornissen, intelligentiedefecten.
- De dwanghandeling heeft een stereotype mechanische kwaliteit.
- De dwanghandelingen zijn primitief.

Zij stellen voor dat wanneer deze kenmerken gevonden worden, er gesproken moet worden van 'een organische dwangneurose'.

- Dwangneurose en depressie

Vrijwel alle patienten met dwangsymptomatologie kennen depressieve

verschijnselen. Bij acht achtereenvolgend aangemelde patienten met een huishoudwang werden zevenmaal ernstige depressieve klachten vastgesteld (Hoogduin et al., 1981). Vier van deze acht patienten werden met de diagnose 'depressie' aangemeld. Bij de differentiaal diagnose gaat het erom of de depressieve verschijnselen gezien kunnen worden als behorend tot de "Major Depressive Episode" volgens D.S.M.-III. Anders gezegd: in eerste instantie moet een onderscheid gemaakt worden tussen dwangneurose en depressie (eventueel met psychotische of vitale kenmerken). Het voert te ver uitvoerig op de kenmerken van een psychotische of vitale depressie in te gaan. Toch is het van groot belang de dwangneurose van deze groep te onderscheiden, niet in het minst omdat dit voor het therapeutisch handelen verstrekende consequenties heeft (zie par. 3.6).

Een van de grote problemen bij de diagnostiek is het feit dat dwanggedachten ook bij ernstige depressies vaak voorkomen. Wanneer in deze paragraaf over het voorkomen van dwanggedachten gesproken wordt, wordt bedoeld dat deze klachten dusdanig ernstig zijn dat de diagnose dwangneurose overwogen dient te worden. Gittleson (1966a) stelde bij onderzoek van 398 patienten met een ernstige depressie (Psychotic Depression) vast dat 124 patienten (31%) ernstige dwanggedachten hadden. Uit deze groep waren er 52 patienten die al vóór de depressie een dwangneurose met dwanggedachten hadden. Bij 13 patienten van hen verdwenen deze klachten toen zij een psychotische depressie kregen.

Vijfentachtig van de 124 depressieve patienten met dwanggedachten hadden voor het eerst klinisch dwanggedachten ten tijde van de depressieve periode (Gittleson, 1966b; 1966d). Anders gezegd: 85 patienten van de 346 (398 - 52) patienten die eerder dwanggedachten hadden, met een ernstige depressie vertoonden dwanggedachten (25%; vgl. Gittleson, 1966c).

Ook Vaughan (1976) komt tot de bevinding dat patienten met dwanggedachten gedurende een depressie vaak klinisch dwanggedachten hebben. Bij 168 patienten vond zij 24 patienten met dwanggedachten; van deze 24 patienten hadden 13 patienten eerder dwanggedachten voordat ze depressief werden. Dit betekent dat 11 patienten van de 155 (168 - 13) met een depressie voor het eerst

dwanggedachten hadden (7%).

Gittleson (1966b) onderzocht de inhoud van de dwanggedachten bij de 52 patienten met een dwangneurose in de voorgeschiedenis die later depressief werden; slechts bij 2 patienten (4%) vond hij dwanggedachten met een homicidale of suïcidale inhoud. Bij meer dan de helft van de totale groep van 124 depressieve patienten met dwanggedachten werden dwanggedachten met een agressieve inhoud gevonden (zie tabel 2).

Tabel 2: Overzicht van de inhoud van de dwanggedachten bij depressieve patienten (naar Gittleson, 1966b).

Inhoud dwanggedachten	n	%
suïcide	14	11.3
homicide	35	28.3
suïcide + homicide	14	11.3
verkrachting	1	0.8
niet agressief	60	48.4
Totaal	124	100 %)

De agressieve dwanggedachten met moord of zelfmoord als inhoud kwamen twaalfmaal zo vaak voor bij patienten met een depressie en dwanggedachten als bij patienten met alleen een dwangneurose (resp. 51% en 4%).

Bij zijn onderzoek naar het voorkomen van dwanggedachten bij depressieve patienten stelde Gittleson (1966b) vast dat het voorkomen van de dwanggedachten overeenkomstige dagschommelingen vertoonden als de depressieve stemming. Dit betekent dat het meer voorkomen van dwanggedachten 's-ochtends vroeg en een afnemen van de dwanggedachten in de loop van de dag op de aanwezigheid van een depressie wijst.

') Ten gevolge van afrondingen kan het gebeuren dat de som van de percentages niet precies 100% is; in die gevallen wordt toch 100% als totaal aangehouden.

Bij de dwangneurose wordt vaak juist een toename van de dwanggedachten gezien naarmate de dag vordert en vermoeidheid op gaat treden. Bovendien kan gesteld worden dat een agressieve inhoud van dwanggedachten eveneens op de aanwezigheid van een depressie kan wijzen.

- Dwangneurose en stoornissen in de impulscontrole

Waarschijnlijk ontstaan met betrekking tot de diagnostiek hier de meeste misverstanden. Bij stoornissen in de impulscontrole mag de patient nogal eens spreken van een dwang; in feite gaat het steeds om een drang. Het onderscheid tussen dwang en drang is vooral gelegen in een of andere vorm van lust of voldoening of ontspanning tijdens het bedrijven van de daad bij patienten met een drang; dit in tegenstelling tot patienten met een dwangneurose.

- Paraphilia

Eysenk en Rachman (1965) beschrijven een patient met exhibitionisme als een voorbeeld van een dwangneurose. Bij hun patient werd het exhibitioneren voorafgegaan door een periode van spanning. Hij kon alleen maar ontspanning krijgen door te exhibitioneren. Het onderscheid met de dwangneurose is duidelijk: het gaat om egosyntone gedachten. Het beleven van een paraphilia wordt door de patient niet als egodystoon beleefd. Bovendien gaat de daad met lust gepaard. De vrees voor aanhouding en dreigende veroordeling spelen een belangrijke rol bij de evt. spijtgevoelens die ontstaan nadat de activiteit heeft plaatsgevonden.

- Verslavingen

Bij verslavingen veroorzaakt de patient repetitief met behulp van externe middelen verandering in zijn psychofysische status. Onderbreking van dit gedrag leidt tot sterke gevoelens van onlust door ernstige dysregulaties op het psychische en somatische vlak. De handeling is gericht op de toediening van het tot verandering leidende farmacon (Haaijman, 1981). Voor de diagnostiek is het gebruik van een middel vaak voldoende. Toch wordt het drangmatig nastreven van het middel nogal eens als

dwangmatig gezien (vgl. de beschrijving van Van der Hart (1980) van een behandeling voor sigaretten roken: Kortdurende hypnotherapie voor dwangmatig roken).

- Eetaanvallen en snoepzucht

Ook bij dergelijke eetstoornissen wordt nog wel eens van een dwangmatig symptoom gesproken (vgl. Thorner, 1970: "On Compulsive Eating"). Ook hier gaat het om het wegeten - met lust - van een onlustvolle spanningstoestand. Ook deze activiteit (ik houd van snoepen) wordt als egosyntoon beleefd, al wordt de activiteit door de consequenties - overgewicht, braken - als geheel vaak afgewezen.

- Dagdromen

Dagdromen kan gezien worden als een middel om tot verlaging van het spanningsniveau te komen (Tramer, 1945). Soms neemt het dagdromen een centrale plaats in en stoort het de aanpassing, waardoor niet adequaat wordt omgegaan met de eisen die de buitenwereld stelt. Het excessief dagdromen kan ondergebracht worden in de stoornissen van de impulscontrole. Het dagdromen wordt als egosyntoon beleefd. Dat de differentiaal diagnostiek toch problemen op kan leveren, wordt aan de hand van het volgende voorbeeld gedemonstreerd (zie Hoogduin & Hoogduin, 1983). Een 31-jarige econoom wordt aangemeld via de bedrijfsarts voor behandeling van zijn dagdromen. Hij is niet meer in staat zijn werk te doen. Zodra hij een artikel wil lezen, droomt hij weg in fantasieën waarin hij een heldenrol speelt. In het dagelijks leven blijkt hij zeer moeilijk contacten te kunnen maken; hij vertoont de kenmerken van een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis. Diagnostisch gaat het hier om een man met een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis en drangmatig dagdromen. Het dagdromen ging met lust gepaard. Zoals bij andere stoornissen in de impulscontrole werd er pas behandeling gezocht onder druk van de omgeving: toen zijn sociaal functioneren (werk) ernstig verstoord raakte.

- De zg. 'stoornissen in de impulscontrole niet elders geclassificeerd' (D.S.M.-III)

Onder deze groep wordt in D.S.M.-III een aantal verwante stoor-

nissen beschreven, zoals pathologisch gokken, kleptomanie, pyromanie en plotselinge agressieve ontladingen. De gemeenschappelijke kenmerken van deze stoornis zijn:

1. Onvermogen een impulsieve neiging te weerstaan of de verleiding hebben iets te doen dat schadelijk is voor zichzelf of voor anderen. Er is soms een bewust verzet tegen de impuls; ook kan de daad gepland worden.
2. Een verhoogd spanningsgevoel voordat de daad begaan wordt.
3. Een beleving van lust of voldoening of ontspanning tijdens het doen van de daad. Het gebeuren wordt egosyntoon beleefd. Dit betekent dat de daad overeenkomstig is met het actuele verlangen van de patient. Direct erna kunnen gevoelens van spijt, zelfverwijt of schuld optreden.

Ook bij deze categorie bestaat er verwarring over de diagnostiek (bijv. Kraft, 1970: "Treatment of Compulsive Shoplifting by Altering Social Contingencies").

Pathologisch gokken, kleptomanie en pyromanie en ook agressieve uitingen worden door de betrokkene vaak als uitgaande van een inwendige dwang verklaard. Het gaat hierbij echter opnieuw om een drang. Dit is bijv. ook het geval bij automutilleren. Onder automutilleren wordt begrepen: het automutilleren in engere zin - zichzelf steken, snijden -, maar ook trichotillomania (vgl. Ottens, 1981: "Multifaceted Treatment of Compulsive Hairpulling") en het toebrengen van neurotische excoriaties. In deze gevallen is er opnieuw een lustvol gevoel tijdens de daad zelf; schuld- en spijtgevoelens ontstaan na afloop. Er vindt meestal een spanningsreductie plaats (antecedent is er vaak een gespannen gevoel). De diagnose wordt meestal gesteld op het egosyntone karakter en de verwondingen. Combinaties kunnen ook voorkomen: bijv. een patient met hypochonder gekleurde dwanggedachten en dwangmatig vraaggedrag in combinatie met drangmatig uitgevoerde neurotische excoriaties (zie Hoogduin, 1980).

1.4 Etiologie

Freud heeft gepostuleerd dat de dwangneurotische patient zijn toevlucht heeft gezocht in bevrediging van de anale fase om aldus de ondraaglijke schuldgevoelens en angst veroorzaakt door de oedipale

problemen te ontgaan. Kuiper (1984) wijst erop dat er niet in alle gevallen van dwangneurose sprake is van regressie. Hij neemt aan dat bij een aantal patienten sprake is van fixatie in de anale fase. Aan deze anale impulsen nu wordt niet zonder meer toegegeven. Het geweten is in de strijd tegen het driftleven onredelijk streng geworden. Noch de Es-impulsen wortelend in een infantiel gebleven driftleven, noch de onredelijk strenge eisen van het geweten worden door het ego geaccepteerd (Rado, 1974). Conflictrijk materiaal wordt met behulp van de afweermechanismen (ongedaan maken, verschuiven, reactieformatie en isoleren) van zijn effect ontdaan (Nagara, 1983). Deze afweermechanismen zijn echter niet geheel succesvol. De dwangverschijnselen nu worden als een soort compromis tussen de driftmatige strevingen en de afweermechanismen gebruikt. Wanneer het ego wordt overvallen door impulsen - waarbij de afweermechanismen dus tekortschieten - voelt het ego zich overmand; de bewustwording van de impuls gaat met een sterk affect van negatieve aard gepaard (Kuiper, 1963). Deze inbreuk op de subjectief beleefde vrijheid wordt als kwellend ervaren. Wanneer het ego zich sterk, doch vergeefs, verzet tegen een dergelijke doorbrekende impuls, dan wordt dit fenomeen als dwang beleefd. Het zijn Es-impulsen en straffen van het geweten die men in de dwangsymptomen terugvindt. De dwanggedachte is een gevolg van een doorbrekende Es-impuls; de dwangrituelen worden opgelegd door het geweten (Kuiper, 1963). Overigens wijst Kuiper (1984) erop dat angst-reductie de belangrijkste functie van dwangrituelen is. Iemand die weet welke driften er in hem leven en dit accepteert, weet welke eisen zijn geweten stelt en degene die deze driften en eisen met elkaar in harmonie kan krijgen, wordt niet door dwang gekweld. Dwang veronderstelt een ego dat scherp afwijzend staat tegenover primitieve drift-impulsen en overmand dreigt te worden door een zeer streng geweten. Voor een uitvoerig overzicht van de moderne analytische inzichten verwijzen wij naar de publicatie van Nagara (1983). Carr (1974) stelt op grond van de onderzoeksgegevens van Pollitt (1959) waaruit bleek dat geen enkele behandelingsstrategie - ook analytische niet - effectief was, dat een niet succesvolle behandelingsstrategie gebaseerd op een etiologische theorie en waarbij voldoende tijd aanwezig is geweest om een evt. effectiviteit te bewijzen, de kracht van deze theorie enigermate doet verzwakken. Een overzicht van de huidige inzichten met betrekking tot een

erfelijkheidshypothese wordt gegeven in Black (1974), Rachman en Hodgson (1980) en Emmelkamp (1982a). Hier wordt volstaan met de conclusie dat tweelingonderzoek, noch het voorkomen van dwangverschijnselen bij familieleden van patienten met een dwangneurose aanwijzingen leveren voor een mogelijke erfelijkheids-hypothese.

Voorts blijken dwangverschijnselen die gevonden worden in samenhang met hersenafwijkingen aanmerkelijk te verschillen van dwangverschijnselen die bij patienten met een dwangneurose worden gezien (zie par. 1.3; voorts Rachman & Hodgson, 1980; Emmelkamp, 1982a).

De leertheoretische verklaring voor het ontstaan en in stand houden van dwangverschijnselen is vooral gebaseerd op de 'two-stage-theory' van Mowrer (1960). Mowrer houdt twee leertheoretische paradigma's verantwoordelijk voor angst-acquisitie: klassieke en operante conditionering. Klassiek geconditioneerde angst leidt tot een activeren van vermijdingsgedrag. Dit leidt vervolgens tot een angstreductie en een versterking van het vermijdingsgedrag. Bij vermijdingsgedrag zijn twee componenten op te merken: de passieve vermijding waarbij de patient de situaties die angst op kunnen roepen, vermijdt en de actieve vermijding waarbij de situatie zo gearrangeerd wordt dat de ontstane angst weer verdwijnt. Bijv.: Een patient met smetvrees vermijdt naar buiten te gaan om aldus te voorkomen dat hij besmet raakt (= passieve vermijding). Op het moment dat er iets van buiten naar binnen komt en het gevaar van besmetting meebrengt, gaat de patient het voorwerp dusdanig reinigen tot naar zijn mening het gevaar voor besmetting niet langer bestaat (= actieve vermijding). De klassieke conditionering bij het ontstaan van angsten is in de praktijk bij patienten vaak niet aannemelijk te maken. Bij het ontstaan van de angsten is het zelden mogelijk een bepaalde traumatische gebeurtenis aan te wijzen. Integendeel, stresserende gebeurtenissen lijken vaak aan het ontstaan van bepaalde angsten vooraf te gaan in plaats van tegelijkertijd met de angstverwekkende stimuli plaats te vinden. Anders gezegd: een patient ontwikkelt een smetvrees nogal eens na een periode waarin hij onder grote druk heeft gestaan en niet direct na een angstverwekkende gebeurtenis.

Een ander bezwaar tegen deze opvatting is dat patiënten met een dwangneurose soms meerdere angstverwekkende dwanggedachten hebben zonder dat deze enige onderlinge samenhang hebben. Bijv.: De patiënt die naast de dwanggedachten haar man over diens grote neus te moeten aanspreken, de gedachte kende haar controle over zichzelf te verliezen en uit het raam te zullen springen.

Samenvattend kan gesteld worden dat het klassieke conditioneringsparadigma tekort schiet als verklaringsmodel voor de ontwikkeling van dwangverschijnselen (zie Foa & Tillmans, 1980; Emmelkamp, 1982a).

De juistheid van het tweede element van de 'two-stage-theory' van Mowrer, de angstreductie ten gevolge van het uitvoeren van rituelen, heeft Rachman (Rachman & Hodgson, 1980) met behulp van onderzoek kunnen aantonen. In eerste instantie alleen voor patiënten met overwegend schoonmaak- en wasrituelen. De patiënten werden angstiger (zelfrapportage, hartfrequentie) na contaminatie. Wanneer zij echter hun schoonmaakrituelen uitvoerden, nam de angst weer af. Later slaagde hij erin dit ook aan te tonen bij patiënten met controlerituelen.

Dit gedeelte van de 'two-stage-theory' biedt evenmin een verklaring voor het ontstaan van de dwangverschijnselen; wel maakt het goed begrijpelijk hoe dwangverschijnselen in stand gehouden worden. Vanuit de spanningsreductie-hypothese krijgt een bepaalde neutrale stimulus, op een nog niet te verklaren wijze, angstverwekkende eigenschappen. Deze angst wordt door het uitvoeren van rituelen vervolgens weer gereduceerd.

Zowel de passieve als de actieve vermijding leiden tot angst- en spanningsreductie, met als gevolg een toename van dat gedrag. De passieve vermijding bij patiënten met fobische klachten is vaak goed mogelijk; bij patiënten met een dwangneurose eigenlijk nooit. Een patiënt met een agorafobie kan zich redelijk wel voelen door het huis niet te verlaten; een patiënt met smetvrees daarentegen is niet in staat de buitenwereld (met het gevaar van contaminatie) geheel buiten te sluiten: er moet gegeten worden, de kinderen gaan naar buiten; er bestaat het gevaar van contact met eigen uitscheidingsproducten. Dit houdt in dat patiënten met een dwangneurose zeer frequent geconfronteerd worden met de neiging rituelen

of dwanghandelingen uit te voeren. Bij de behandeling van deze patienten moet dus zowel de passieve vermijding als de actieve vermijding gestopt worden. Het was Meyer (1966) die een strategie ontwikkelde die beide elementen aandacht gaf: exposure en responspreventie. Ten gevolge van herhaalde blootstelling aan de spanning-gevende stimuli treedt een geleidelijke vermindering van de spanning op en is er sprake van habituatie (gewenning), waardoor de noodzaak rituelen uit te voeren, afneemt. Door de responspreventie moet de patient op andere manieren zijn angst en spanning meester zien te worden en leert de patient dat de angst en spanning de tendens vertonen spontaan af te nemen (Rachman & Hodgson, 1980). Bovendien leert de patient die aanneemt dat door het uitvoeren van de rituelen onheil wordt voorkomen, dat wanneer deze rituelen niet meer uitgevoerd worden de gevreesde gebeurtenissen evenmin plaatsvinden. De in deze studie gerepresenteerde behandeling is gebaseerd op deze spanningsreductie-hypothese.

1.5 Prevalentie, beloop en prognose

Prevalentie

De gegevens over het voorkomen van de dwangneurose onder de bevolking zijn schaars. De betrouwbaarheid van de cijfers die bekend zijn, is gering. Vele patienten met een dwangneurose maskeren zo lang mogelijk hun klachten. Woodruff en Pitts (1963) komen tot een schatting van de prevalentie van patienten met een dwangneurose van 0,05% (5 patienten per 10.000 inwoners).

Beloop en prognose

De dwangverschijnselen ontwikkelen zich meestal voor het 40ste levensjaar. Kringlen (1965) onderzocht 91 dwangpatienten en vond dat de helft van de patienten reeds vóór het 20ste levensjaar de klachten ontwikkelden en slechts 4% na het 38ste jaar. Soms is het begin geleidelijk, soms acuut.

Na een uitvoerig literatuuronderzoek komt Black (1974) met betrekking tot de prognose van patienten met een dwangneurose tot de volgende cijfers (zie tabel 3).

Tabel 3: Behandelingsresultaat van patienten met een dwang-neurose na behandeling met diverse therapieën (naar Black, 1974).

	n:	Follow-up in jaren:	Verbeterd tot hersteld:
Poliklinische behandeling	109	1 - 14 jaar	60%
Klinische behandeling	309	1 - 20 jaar	46%
Zowel klinisch als poli- klinisch	381	0 - 26 jaar	57%

De laatste jaren zijn de gerapporteerde succespercentages bij follow-up aanmerkelijk hoger. Meyer et al. (1974) vermelden een succes van 84%; Marks et al. (1975) 75%; Boersma et al. (1975) 77%; Foa en Steketee (1979) 85%. Emmelkamp en Rabbie (1981) 73% en Hoogduin en Hoogduin (1984) 80%. De essentie van de nieuwe strategie bestaat uit exposure en responspreventie. De behandelingen van Meyer et al. (1974) en Marks et al. (1975) zijn uitsluitend klinisch uitgevoerd. Foa behandelt soms klinisch, soms poliklinisch. De behandelingen van Emmelkamp en Rabbie en Hoogduin en Hoogduin zijn geheel poliklinisch uitgevoerd.

Hoewel de prognose van dwangneurose altijd als slecht werd beschouwd, komt Black (1974) bijv. toch tot de conclusie dat 2/3 van de patienten bij follow-up in het arbeidsproces is ingeschakeld. Een conclusie die door Lewis in 1935 (!) al getrokken werd (Lewis, 1935). Bij follow-up van 50 patienten vond hij dat 33 patienten er beter aan toe waren dan aan het begin van de behandeling. Bovendien bleek hem dat de meeste patienten geleidelijk weer aan het werk waren gegaan.

Hoofdstuk 2

OVER DE BEHANDELING

Bij de behandeling van patienten met een dwangneurose hebben de laatste jaren diverse auteurs vanuit de gedragstherapeutische richting opmerkelijke successen beschreven. Succesvolle behandelingsresultaten met behulp van exposure en responspreventie bewegen zich rond de 75% (Meyer et al., 1974; Marks et al., 1975; Boersma et al., 1975; Foa & Steketee, 1979; Emmelkamp & Rabbie, 1981).

In eerste instantie werden deze resultaten bereikt met behulp van een klinisch uitgevoerde behandeling. Emmelkamp en zijn medewerkers pasten deze strategie ambulant toe, eerst met een therapeut bij de patient thuis (zie bijv. Boersma et al., 1975).

De resultaten van de ambulant uitgevoerde behandeling verschilden niet van de behandelingsresultaten bij opgenomen patienten. Ook het wel of niet toepassen van supervisie tijdens de zittingen bleek geen invloed te hebben op het behandelingsresultaat (zie Emmelkamp, 1982; Hoogduin & Hoogduin, 1984).

Wanneer gekozen wordt voor een ambulante behandeling waarbij de patient in grote mate zelf verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de behandelingsprogramma's, is er aanleiding de patient zeer goed te motiveren. De directieve therapie is een benadering waarbij de behandeling nadrukkelijk op maat gesneden wordt voor de individuele patient.

In dit hoofdstuk worden de kenmerken van een directieve benadering besproken, gevolgd door een beschrijving van de gedragstherapeutische strategie met behulp van exposure en responspreventie. Hierna volgt een uiteenzetting over de betekenis van de zelfcontrole-procedure voor de behandeling van patienten met een dwangneurose. Tot slot wordt een voorstel gedaan voor een ambulant uit te voeren behandeling.

2.1 Directieve therapie

Directieve therapie is een manier van kijken naar problemen en uitvoeren van behandelingen, waarbij niet zozeer theoretische, maar vooral pragmatische overwegingen voorop staan. Er kan gebruik worden gemaakt van verschillende theoretische modellen en daaraan

ontleende behandelingsstrategieën, waarbij de vraag "Wat werkt het best bij deze patient met dit probleem?" het uitgangspunt is. Bij het beantwoorden van deze vraag wordt vooral uitgegaan van gegevens uit onderzoeken naar de resultaten en naar het proces van de diverse therapeutische strategieën.

In Nederland is het concept van directieve therapie vooral door Van der Velden en Van Dyck uitgewerkt (Van der Velden & Van Dyck, 1977; Van Dyck et al., 1980a; Van der Velden & Van der Hart, 1985). Wanneer geprobeerd wordt de essentie van directieve therapie weer te geven, is er een tiental uitgangspunten te formuleren (zie Van der Velden & Van der Hart, 1985):

- Directieve therapie is primair bedoeld voor mensen met klachten. Met dit uitgangspunt wordt vooral de intentie van de therapeut die een directieve benadering toepast, tot uitdrukking gebracht. Er moeten klachten zijn vóór er behandeld wordt. Als doelgroep wordt vooral gedacht aan die patienten die gebruikelijk op de polikliniek en bij de vroegere sociaal psychiatrische dienst onder behandeling waren.
- Tijdens de behandeling wordt er aangesloten bij de verwachtingen van de patient. De patient wordt niet eerst bekeerd tot een behandeling in overeenstemming met de verwachtingen van de therapeut. De visie van de patient op de problematiek wordt vooralsnog als een zinvolle zienswijze geaccepteerd. Bovendien wordt de patient op een hoffelijke manier - d.w.z. op een manier waaruit respect blijkt voor de problematiek van de patient en de manier waarop daarmee wordt omgegaan - tegemoet getreden.
- De klachten worden in een positieve context geplaatst. Dit houdt o.m. in dat directieve therapeuten met respectering van de waarneembare klinische gegevens een zo optimistisch mogelijk uitgangspunt nemen. Er wordt als regel van afgezien de symptomatologie te interpreteren als een gevolg van een persoonlijkheidsstoornis of een verschrikkelijke jeugd - waar minder aan te doen is -. Soms is het mogelijk hierdoor de visie van de patient dusdanig te wijzigen dat evt. aanwezige wanhoop en gevoelens van machteloosheid alleen hierdoor al in gunstige zin worden beïnvloed.

- De therapeut geeft richtlijnen en adviezen. Dit houdt in dat de therapeut zich actief bemoeit met de oplossing van de problematiek waar de patient mee komt. De patient wordt inzicht verschaft in de aard van de problematiek. Vervolgens worden richtlijnen gegeven hoe te handelen om deze problemen op te lossen (of soms: er minder last van te hebben).
- De relevante personen uit de omgeving van de patient worden zo mogelijk bij de behandeling betrokken. Wanneer iemand ernstige klachten heeft, heeft dit vrijwel altijd ook consequenties voor de andere gezinsleden. Dit kan zijn in de vorm van een extra beroep op hun steun of hulpvaardigheid, maar soms kunnen de reacties van deze gezinsleden de klachten doen ontstaan of in stand houden of versterken. Omgekeerd is het ook zo dat, wanneer een patient onder invloed van een bepaalde behandeling verandert, dit evenzeer kan leiden tot veranderingen voor de overige gezinsleden. Ook in dat geval is het aanwezig zijn van die gezinsleden bij de behandeling een voordeel, daar de kans dat de therapeut een ongunstige ontwikkeling tijdig kan vaststellen en de gepaste maatregelen kan nemen, groter is.
- De doelstellingen van de behandeling worden concreet gehouden. Dit houdt in dat het ook voor de patient duidelijk moet zijn wat de doelstelling van de behandeling zal zijn. Deze zal concreet geformuleerd worden. Niet in termen als bijv. gelukkig worden, maar wanneer iemand last heeft van bepaalde klachten zal in eerste instantie een afnemen van deze klachten de doelstelling zijn.
- De behandeling is in principe beperkt in tijd. Er zijn aanwijzingen dat langdurende psychotherapie (van twintig of veel meer zittingen) niet veel effectiever is dan psychotherapie die slechts tien tot vijftien zittingen beslaat (Rosenthal & Levine, 1970; Luborsky et al., 1971). Alleen al op praktische en economische gronden is te overwegen eerst een kortdurende psychotherapie te verkiezen. Het belangrijkste is echter dat de patient op de hoogte wordt gesteld van de beperkte duur van de behandeling. De patient hoort dat de behandeling niet eindeloos zal duren, maar dat de therapeut verwacht dat na bijv. tien zittingen het probleem opgelost zal zijn. Dit zal de patient aanzetten om aan de problemen te werken.

- De therapeut appelleert aan het voorstellingsvermogen van de patient. Er wordt niet alleen een appèl gedaan op de verstandelijke en emotionele mogelijkheden van de patient, maar ook op diens voorstellingsvermogen. De patient kan worden uitgenodigd zich een bepaalde voorstelling te maken en zich in die verbeelde situatie op een bepaalde wijze te gedragen.
- De behandeling is niet mono-methodisch, maar eclectisch. Hierbij wordt er van uitgegaan dat voor de verklaring van een bepaalde klacht diverse theoretische modellen geschikt zijn. Hieruit volgt dat bij de behandeling ook de diverse modellen mogelijkheden bieden. Binnen de directieve therapie nu is er een voorkeur die behandelingsstrategie - evt. dat theoretisch verklaringsmodel - waarvan aangetoond is door onderzoek of ervaringen dat deze werkzaam is bij de aangeboden klachten, toe te passen.
- De benadering is pragmatisch. Dit uitgangspunt "Wat werkt bij dit probleem bij deze patient in deze situatie?" sluit aan bij het vorige. Afhankelijk van een bepaalde situatie kan gekozen worden voor een gezinstherapeutische benadering van een bepaalde klacht of voor een meer individuele aanpak. Eerdere behandelingen die een patient heeft gehad, kunnen bijv. bepalend zijn voor de te volgen strategie.

De therapeutische technieken en interventies aan het begin van de behandeling verschillen van de interventies die gebruikt worden wanneer de therapie enige tijd loopt of bijna afgesloten wordt. Een drietal fasen is te onderscheiden:

1. De interventies zijn er vooral op gericht een eventuele crisis te bestrijden en een goede werkrelatie met de patient en zijn relevante omgeving tot stand te brengen.
2. De interventies hebben tot doel bepaalde problemen op te lossen en symptomen tot verdwijnen te brengen.
3. De interventies ontlenen in deze fase hun betekenis aan het bestendigen van de oplossing en het tot stand brengen van een verbeterd leefklimaat - dit mag ruim opgevat worden -, waardoor kansen op een recidief kleiner worden.

Afhankelijk van de problemen zullen de verschillende fasen korter of langer duren. Wanneer het bij de aanmelding gaat om zelfmoord-

gedachten of een psychose is de eerste fase, de crisis-interventie, van groot belang. Bij een klein probleem ligt het accent van de behandeling op de tweede fase: het doen verdwijnen van het symptoom. Wanneer mensen behandeling zoeken, zien ze zelf geen (goede) uitweg meer. Er kan in feite altijd gesproken worden van een crisis. Soms is de crisis zo ernstig, bijv. bij zelfmoordgevaar, dat er onmiddellijk hulp moet komen; in andere gevallen is het mogelijk een meer reguliere afspraak te maken. Gedurende de eerste fase van de behandeling sluit de therapeut zich aan bij de opvattingen van de patient; er wordt ingegaan op de vraag waarmee de patient komt. Het kan zijn dat de therapeut van mening is dat er andere voor de behandeling belangrijker zaken spelen in het gezin van de aangemelde patient, maar het begin van de behandeling is vaak niet het goede moment om deze visie aan de orde te stellen. Wanneer patienten merken dat het probleem dat hen het meest dwars zit alle aandacht van de therapeut krijgt, zal dat vertrouwen geven dat er aan hun probleem gewerkt gaat worden en er dus uitzicht is op een oplossing.

In de tweede fase vindt de feitelijke behandeling van de klachten plaats. Met behulp van interventies wordt geprobeerd het ongewenste gedrag te beïnvloeden. Na deze behandelperiode kan er aanleiding zijn de therapie nog enige tijd voort te zetten, zulks ter voorkoming van een te voorzien recidief. Het kan gebeuren dat na behandeling van een bepaalde klacht een echtpaar zich heeft uitgesproken over de teleurstelling die zij aan elkaar hebben beleefd. Een relatietherapie kan ertoe bijdragen dat de sfeer tussen hen verbetert. Dit zal gevolgen kunnen hebben voor de sfeer binnen het gezin, waardoor kansen op herhaling van de problemen afnemen. Het is ook nog wel eens mogelijk dat symptoomgedrag in korte tijd gunstig te beïnvloeden is, terwijl allerlei factoren, zoals sociaal isolement, slechte woonomstandigheden, school- of werkproblemen, pas op langere termijn of soms in het geheel niet oplosbaar zijn. Soms is het nodig dat een therapeut zich bijv. bezighoudt met verbetering van de materiële omstandigheden. Meestal zal gekozen kunnen worden voor een verwijzing naar de diverse maatschappelijke instanties die voor die verbetering kunnen zorgen, zoals algemeen maatschappelijk werk, bedrijfsartsen en schooladviesdiensten, maar

soms zal de behandeling een vervolg krijgen waarin vooral aandacht gegeven wordt aan een verbetering van de sociale vaardigheden of een studiebegeleiding. De behandeling wordt ten slotte bij voorkeur afgesloten met de afspraak dat bij nieuwe problemen, snel opnieuw contact met de therapeut wordt opgenomen.

2.2 Gedragstherapeutische behandeling van dwangverschijnselen met behulp van exposure en responspreventie

In het verleden waren de resultaten van psychotherapie bij de behandeling van patiënten met dwangverschijnselen bescheiden. Black (1974) komt na een uitgebreid literatuuronderzoek tot een succespercentage van 45 - 60% bij follow-up na 1 - 14 jaar. De patiënten werden op diverse manieren behandeld. De resultaten van deze behandeling verschilden niet van elkaar. De laatste jaren zijn er vanuit de gedragstherapeutische richting opmerkelijke resultaten beschreven: Meyer et al. (1974) vermelden een succes van 84%; Marks et al. (1975) van 75%; Boersma et al. (1975) van 77%; Foa en Steketee (1979) van 85% en ten slotte Emmelkamp en Rabbie (1981) 73%. De resultaten worden beschreven bij een follow-up na drie maanden tot zes jaar. De essentie van deze succesvolle strategie bestaat uit exposure en responspreventie. De behandelingen van Meyer et al. (1974) en Marks et al. (1975) zijn uitsluitend klinisch uitgevoerd. Foa behandelt soms klinisch, soms poliklinisch, maar ook bij de poliklinische behandelingen ligt het accent op behandelingen die in het instituut worden uitgevoerd (dagelijks twee uur durende zittingen). Emmelkamp (zie Boersma et al., 1976; Emmelkamp & Rabbie, 1981) voert de gehele behandeling poliklinisch uit, waarbij gesuperviseerde (d.i. oefeningen in exposure en responspreventie onder supervisie van de therapeut) zittingen bij de patient thuis of op het behandelingsinstituut plaatsvinden. Meyer (1966) heeft deze strategie bij de behandeling van patiënten met dwangverschijnselen in 1966 voor het eerst beschreven. Hij neemt aan dat de patient veronderstelt dat het aan het uitvoeren van de dwangrituelen te danken is dat zijn angsten verminderen en zijn sombere gedachten niet uitkomen. Dit anticiperen op deze afwikkeling doet een bekrachtigende situatie ontstaan. Volgens Meyer gaat het erom dat de patient leert dat ook zonder

rituelen de angsten verminderen en de negatieve verwachtingen niet uitkomen. Meyer heeft een strategie ontwikkeld waarbij patienten langere tijd aan de gevreesde situatie blootgesteld blijven (exposure); bovendien wordt hen verboden rituelen uit te voeren (responspreventie). Meyer streeft een volledige responspreventie na (Meyer, 1966; Meyer et al., 1974). Omdat de patient hierbij voortdurend gecontroleerd moet worden, kan dit alleen klinisch gebeuren. De patienten worden vooraf op de hoogte gesteld van het feit dat de procedure inhoudt dat zij er ook werkelijk van weerhouden worden de rituelen uit te voeren.

Wanneer de dwangrituelen bestaan uit een overmatig repeteren van dagelijkse handelingen, wordt in gezamenlijk overleg afgesproken hoe vaak het uitvoeren van een dergelijke handeling als 'normaal' beschouwd kan worden. De patient wordt in toenemende mate geconfronteerd met bedreigende situaties. De therapeut demonstreert in die bedreigende situatie een adequaat gedrag en moedigt de patient aan het gedrag te imiteren (modeling). Wanneer ook in de meer bedreigende situatie geen dwanggedrag meer optreedt, wordt de supervisie geleidelijk aan verminderd tot de patient zonder supervisie, slechts zo nu en dan geobserveerd, zonder dwanghandelingen functioneert. Vervolgens gaat de patient korte tijd naar huis, waarbij de familieleden instructie krijgen hoe ze met de patient en met diens dwanghandelingen moeten omgaan. Ten slotte wordt de patient uit de klinische behandeling ontslagen en wordt de behandeling poliklinisch voortgezet, eerst met wekelijkse zittingen, later met verder uit elkaar liggende contacten.

Rachman et al. behandelen de patienten eveneens klinisch, maar streven geen absolute responspreventie na (Rachman et al., 1973; Marks et al., 1975; Rachman & Hodgson, 1980). Zij laten het tempo van de behandeling bepalen door de hoeveelheid spanning die de patient aankan. Veel belang wordt gehecht aan de actieve rol die de patient speelt bij de planning en timing van de voortgang van de behandeling. Er wordt in principe geen externe supervisie toegepast. Foa (Foa & Tillmans, 1980) behandelt zowel klinisch als poliklinisch. Zij streeft een absolute responspreventie na tijdens de dagelijkse, twee uur durende zitting op het instituut en tijdens de dagelijkse, twee uur durende trainingsperiode thuis (onder super-

visie van een familielid of kennis). Ennkelkamp (1982a) behandelt de patient poliklinisch met deels gesuperviseerde exposure en responspreventie. Rachman (Rachman & Hodgson, 1980) heeft, voortbouwend op de strategieën zoals toegepast bij de behandeling van dwanghandelingen, een benadering voor patienten die alleen over dwanggedachten klagen, geformuleerd. Zoals hierboven werd beschreven, worden deze gedachten gevolgd door neutraliserende gedachten of cognitieve rituelen. Bijv.: De patient die in aansluiting aan de gedachte: "Ik heb iets verschrikkelijk belangrijks vergeten" uren dwangmatig en steeds opnieuw zijn activiteiten van de afgelopen periode in gedachten de revue laat passeren om te controleren of hij wat vergeten is en zo ja, wat. Deze controles - te vergelijken met dwangmatig uitgevoerde controlehandelingen - worden door de patient gedaan om de angst en spanning die samengaan met de dwanggedachte "Ik heb iets verschrikkelijk belangrijks vergeten" te verminderen. Deze neutraliserende gedachten of cognitieve rituelen (en de daaropvolgende opluchting) kunnen door het anticiperen op die opluchting, opgevat worden als bekrachtiging van de dwanggedachten. De consequentie voor de behandeling is dat voorkomen moet worden dat deze bekrachtiging plaatsvindt: de neutraliserende gedachten of cognitieve rituelen moeten gestaakt worden.

In principe komt Rachmans voorstel voor de behandeling van dwanggedachten hierop neer dat de patient wordt uitgenodigd de gedachten gedurende een bepaalde tijd doelbewust op te roepen, zonder dat de patient gebruik mag maken van de neutraliserende gedachten. De behandeling zelf bestaat uit verschillende onderdelen: zij begint met een periode van zelfobservatie waarin de inhoud en duur van de dwanggedachten en de neutraliserende activiteiten geregistreerd worden. Daarna volgt een periode waarbij de patient zelf de gedachten oproept zonder ze te neutraliseren. De patient registreert de latentietijd (d.w.z. de tijd die verstrijkt voor de opgeroepen dwanggedachten manifest worden) en de tijd dat de dwanggedachten vastgehouden kunnen worden. Om patienten te motiveren, gebruikt hij het zelfcontrole-concept als rationale, nl. een techniek verschaffen waarmee de patienten kunnen leren beter met hun dwanggedachten om te gaan.

2.3 Zelfcontrole-procedures en dwangverschijnselen

Met behulp van zelfcontrole-procedures kan een patient leren weer macht te krijgen over gedragingen die uit de hand gelopen zijn. Therapeut en patient maken een gedragsanalyse, de patient observeert en registreert zijn (on)gewenste gedrag en voert ten slotte een door beiden opgesteld programma uit. De rol van de therapeut blijft goeddeels beperkt tot het motiveren van de patient en het geven van technische adviezen.

Vele soorten problemen blijken met behulp van zelfcontrole-procedures met succes aangepakt te kunnen worden: dwangverschijnselen (Meyer, 1973; Hoogduin, 1981a, 1981b), nagelbijten (Horan et al., 1974), depressies (Hilford, 1975), winkeldiefstallen (Kraft, 1970), slechte studiegewoonten (Beneke & Harris, 1972; Hoogduin, 1980), adipositas (o.a. Mahoney, 1974; Harris & Hallbauer, 1973), afwijkend sexueel gedrag, agressieve ontladingen, roken (Goldfried & Merbaum, 1973). De Moor en Orlemans (1972) stellen zelfs dat in principe alle problemen met behulp van zelfcontrole-procedures te behandelen zijn, maar dat lijkt overtrokken. Behandeling volgens het principe van zelfcontrole biedt een aantal voordelen:

- Het probleem-oplossend vermogen van de patient wordt vergroot. Iemand die geleerd heeft zijn gedrag te veranderen met behulp van een zelfcontrole-techniek, zal soms bij andere problemen ook gebruik kunnen maken van de geleerde techniek zonder hulp van een therapeut (Kanfer, 1975).
- De kans op handhaving en generalisatie van de bereikte verbetering wordt vergroot (Thoresen & Mahoney, 1974; Kanfer & Philips, 1970).
- Bij deze vorm van behandelen ligt het accent op het in de eigen leefsituatie uitvoeren van programma's en niet op gesprekken met de therapeut; hierdoor wordt de behandeling goedkoper en kan de therapeut meer patienten behandelen.

Er bestaan nogal wat definities en omschrijvingen van zelfcontrole. Thoresen en Mahoney (1974) omschrijven het begrip als volgt: "Iemand vertoont zelfcontrole als hij in de relatieve afwezigheid van onmiddellijk aanwezige externe dwang een gedrag demonstreert waarvan van te voren de kans dat hij dat bepaalde gedrag zou kiezen kleiner was dan dat van alternatieve beschikbare gedragingen".

In de praktijk betekent deze moeizame formulering dat iemand vanuit zichzelf een nare gewoonte achterwege laat of plezierig gedrag vertoont dat hij vroeger niet kon opbrengen. Bij de behandeling volgens het zelfcontrole-principe krijgt de patient programma's aangeboden die het hem mogelijk maken de gewenste gedragsveranderingen zelf tot stand te brengen.

De programma's zijn opgebouwd uit maatregelen die genomen kunnen worden vóór het omstreden gedrag kans krijgt plaats te vinden, de antecedente maatregelen (zoals stimuluscontrole en stimulus-responsinterventie) en maatregelen die genomen kunnen worden wanneer dit gedrag eenmaal heeft plaatsgevonden, de zg. consequente maatregelen (zoals zelfbeloning en zelfbestrafing).

- Stimuluscontrole

De patient richt zijn omgeving zo in dat de kans op het uitvoeren van het ongewenste gedrag kleiner wordt, bijv. het op tafel zien staan van een trommel koekjes kan iemand met eet-aanvallen in verleiding brengen te gaan eten; door de koek-trommel uit het gezicht te plaatsen, kan de kans op het optreden van aanvallen kleiner worden gemaakt

- Stimulus-responsinterventie (het onderbreken van de responsketen)

Hierbij wordt door de patient ingegrepen in de reeks gedachten en gedragingen die ten slotte leidt tot het uitvoeren van het ongewenste gedrag, bijv. bij de gedragsanalyse van een patient met eetaanvallen blijken deze aanvallen voorafgegaan te worden door een spanningsgevoel. De patient zal zodra hij dit gevoel ervaart, een uur gaan fietsen of een flink eind gaan wandelen. De kans op vermindering van het optreden van het ongewenste gedrag neemt toe naarmate vroeger in de responsketen wordt ingegrepen.

- Responsconsequenties

Hierbij worden door de patient consequenties gekoppeld aan het optreden van een bepaald gedrag (vgl. Thoresen & Mahoney, 1974). Dit kan zijn zelfbeloning of zelfbestrafing.

Zelfcontrole-procedures blijken effectiever te zijn naarmate verschillende mogelijkheden in combinatie toegepast worden. Stimuluscontrole, de stimulus-responsinterventie en de respons-consequenties kunnen gecombineerd worden.

Zelfobservatie en zelfregistratie vormen de eerste fase van de zelfcontrole-technieken. De gegevens worden bij voorkeur grafisch weergegeven. Hierdoor is verbetering goed zichtbaar en geschikt voor beoordeling door derden. Ook voor de planning van de behandelingsduur is de grafische voorstelling van nut. In de praktijk is gebleken dat mensen die nooit eerder met grafieken te maken hebben gehad, vrij snel leren met deze manier van registreren om te gaan. Zelfcontrole-procedures vragen veel inspanning van de patient. Het goed motiveren van de patient is daarom een essentieel bestanddeel van de behandeling (vgl. Van der Velden & Van Dyck, 1977).

Gedrag dat in aanmerking komt voor behandeling met zelfcontrole-technieken kan onderverdeeld worden in gedrag dat onmiddellijk satisfactie oplevert, maar op lange termijn negatieve gevolgen heeft (veel eten, sigaretten roken, vermijdingsgedrag) en gedrag dat in eerste instantie inspanning vraagt en pas op langere termijn resultaat afwerpt (bijv. motorische inspanning, het leren van ontspanningstechnieken, flink studeren). Door nu de gevolgen op langere termijn uitvoerig te bespreken en daardoor 'dichterbij' te brengen, zal de patient minder genieten van zijn sigaret ("Ik werk aan longkanker") of minder opzien tegen het uitvoeren van motorische inspanning ("Ik werk aan mijn gezondheid"). Op deze wijze versterkt de therapeut de gemotiveerdheid voor de behandeling. Als motiveringstechniek kan ook het leren van de methode zelf aangeprezen worden. Aan de patient wordt verteld dat het accent van de behandeling niet ligt op het wegnemen van een hinderlijk symptoom, maar op het leren problemen op te lossen. Heeft men eenmaal één probleem leren oplossen, dan kunnen andere problemen door de patient zelf opgelost worden (vgl. D'zurilla & Goldfried, 1971).

Zelfcontrole-procedures vormen een belangrijke uitbreiding van de gangbare therapeutische mogelijkheden. Wanneer een patient zich met een reeks van klachten aanmeldt, kan het verstandig zijn één van de

verschijnselen die zich goed laat behandelen eruit te lichten en daarmee de behandeling te starten. Het overwinnen van dit probleem vergroot het zelfvertrouwen van de patient. Aansluitend is er soms een verbetering op andere terreinen waarneembaar. In ieder geval stijgt de gemotiveerdheid voor verdere behandeling.

De resultaten van behandelingen met zelfcontrole-technieken zijn bemoedigend. Wanneer iemand eenmaal met een behandelprogramma begonnen is, is er eigenlijk maar één manier om niet te verbeteren en dat is met de behandeling stoppen.

Het grote probleem van een succesvol uitgevoerde zelfcontrole-behandeling is niet het uitvoeren van een goede gedragsanalyse, het samenstellen van een geraffineerd behandelprogramma of het opstellen van een goed behandelcontract, maar veeleer het motiveren van de patient voort te gaan met de zelfcontrole.

In de gedragstherapeutische literatuur over de behandeling van dwangverschijnselen wordt weinig aandacht geschonken aan zelfcontrole-procedures. Ferster et al. (1973) menen dat zelfcontrole gecontraïndiceerd is wanneer het om dwangverschijnselen gaat die lang bestaan en door ingewikkelde rituelen gekenmerkt worden; ook wanneer de patient aan diverse dwangverschijnselen lijdt, zou men zelfcontrole achterwege moeten laten. Zij verzuimen echter deze mening van argumenten te voorzien. Beech en Vaughan (1978) concluderen dat "Zelfcontrole-procedures meestal worden gebruikt ter aanvulling van de behandeling door de therapeut of om de overgang van ziekenhuis naar huis te vergemakkelijken", hoewel "In enkele gevallen de gehele behandeling uitgevoerd wordt door de patient" (vgl. ook Meyer, 1973; Mahoney, 1971).

De behandeling van dwangverschijnselen met behulp van zelfcontrole-procedures verschilt niet van zelfcontrole-behandelingen van ander-soortige problematiek. De programma's zijn eveneens opgebouwd uit maatregelen die genomen kunnen worden vóór het omstreden gedrag kans krijgt plaats te vinden (stimuluscontrole, stimulus-respons-interventie) en maatregelen die genomen kunnen worden wanneer het gedrag eenmaal heeft plaatsgevonden (responsconsequenties, zoals zelfbeloning of zelfbestrafing).

Bij de behandeling van patienten met dwangverschijnselen is de toepassing van een bijzondere zelfbestraffingsprocedure zeer bruik-

baar gebleken. In aansluiting aan het uitvoeren van bepaalde dwangverschijnselen voert de patient een van te voren overeengekomen activiteit uit die nuttig of plezierig is, maar waar de patient niet meer toe komt. Deze activiteiten kunnen betrekking hebben op goede eetgewoonten, goede lichamelijke verzorging, medische of tandheelkundige verzorging, werken, zich inzetten voor anderen, het volgen van opleidingen en cursussen, muziek maken, sporten, het uitbreiden van sociale contacten, etc. De uitvoering van deze activiteiten direct in aansluiting aan dwanggedrag, kan opgevat worden als een vorm van zelfbestrafing. Onder deze vorm van zelfbestrafing (vgl. Thoresen & Mahoney, 1974) moet verstaan worden het zelf verwijderen van vrij tot de beschikking staande bekrachtigers, nadat een specifieke ongewenste respons is opgetreden, bijv. het verscheuren van een tientje na iedere ongewenste eetaanval. Responscost en time-out zijn bijzondere vormen van deze zelfbestrafing en vergelijkbaar met de uitvoering van de zo nuttige, maar inspanning kostende activiteit. Hier worden positieve bekrachtigers, zoals gezelschap, de luie stoel, t.v.-kijken, warm bij de open haard zitten, vrijwillig opgeven voor van te voren overeengekomen nuttige activiteiten. De onaangename kant van het uitvoeren van deze nuttige activiteiten kan echter zo belangrijk zijn dat er daarom gesproken moet worden van zelfbestrafing (vgl. een halve kilometer 'tjgeren' op bevel van de korporaal omdat er een knoop aan het uniform ontbreekt; deze oefening is goed voor het lichaam, maakt je een zeer geoefend soldaat, maar niemand zal deze nuttige aspecten voor ogen hebben; de zware lichamelijke inspanning wordt simpel als een zware straf beleefd). Zo kan ook een kilometerslange fietstocht die in aansluiting aan dwangverschijnselen wordt uitgevoerd, de eerste tijd nog als positief gezien worden - het nuttige overweegt -, maar als op die regenachtige dag voor de derde maal de fiets gepakt moet worden, overweegt toch het onaangename.

Bovendien biedt deze strategie het voordeel dat er naast het bestrijden van het ongewenste gedrag direct aandacht besteed wordt aan uitbreiding van wel gewenste activiteiten. Deze combinatie zou de kans op succes bij de behandeling van het ongewenste gedrag groter maken (vgl. Holz et al., 1963). Dit principe vertoont enige overeen-

komst met het zg. 'benevolent ordeal' zoals dit door Haley (1963) is beschreven. Haley doelt hiermee op het verschijnsel dat de patient in principe door mag gaan met het gedrag waarvoor hij in behandeling komt, maar dat er een beproeving aan wordt gekoppeld. Watzlawick et al. (1974, p. 171) spreken van de vervlechting van twee problemen. Tekortschieten in de ene sfeer wordt bestraft met een verplicht initiatief in de andere sfeer. Bijv.: Een student heeft moeilijkheden met zijn studie en contactproblemen met meisjes; wanneer hij een bepaalde studietaak niet verricht, zal hij een afspraak moeten proberen te maken met een meisje. Aldus kan een verbetering in beide sferen verkregen worden (zie ook Haley, 1977, p. 48 en Rabkin, 1977, p. 91-92).

2.4 Voorstel tot ambulante behandeling

Vanuit het door Meyer et al. (1974) en Rachman et al. (1980) ontwikkelde model voor de overwegend klinische behandeling van patienten met dwangverschijnselen is een strategie ontwikkeld waarbij de behandeling geheel ambulant plaatsvindt. De dwang-symptomatologie blijft in de omgeving van de patient meestal niet onopgemerkt. Bij dwanggedachten betekent het feit dat ze zich afspelen buiten de waarneming van anderen, niet dat mensen uit de omgeving er niets van merken. Het is voor gezinsleden vaak maar al te duidelijk wanneer deze klachten zich voordoen. De patient wordt vaak gespannen en lijkt niet langer met de gedachten bij de conversatie te zijn. Dit kan net als de meer objectiveerbare klachten, zoals dwanghandelingen, leiden tot consequenties binnen de natuurlijke omgeving van de patient. Bovendien kan de patient proberen de dwanggedachten kwijt te raken door aan de gezinsleden geruststellende antwoorden te ontlokken. Daarnaast blijken patienten bepaalde controle- en schoonmaakrituelen nogal eens door familieleden te laten uitvoeren. Hiermee worden niet alleen bedoeld de afgedwongen schoonmaakhandelingen die bijv. de kinderen van een patient met smetvrees moeten verrichten wanneer zij naar buiten zijn geweest, maar ook handelingen vrijwillig uitgevoerd om spanningsreductie voor de patient te verkrijgen, bijv. het controleren van gas, electra en deuren door de partner nadat de patient dit uren zelf heeft gecontroleerd en opnieuw overvallen wordt door de dwang-

gedachten dat het niet in orde is. De patient verwacht niet langer geruststelling en zekerheid door zelf een nieuw ritueel uit te voeren, soms is de patient gewoon uitgeput. Een gezinslid - meestal de partner - kan in dat geval proberen door de handelingen uit te voeren, de patient te helpen.

Bij het ontwerpen en uitvoeren van een ambulante behandeling van dwanggedachten zal aan deze aspecten zeker aandacht gegeven moeten worden. Zo kunnen dus niet alleen de neutraliserende gedachten, de cognitieve rituelen en de dwangrituelen leiden tot spanningsreductie, maar ook de antwoorden van personen uit de omgeving op de door dwanggedachten geïnspireerde vragen (zie fig. 5).

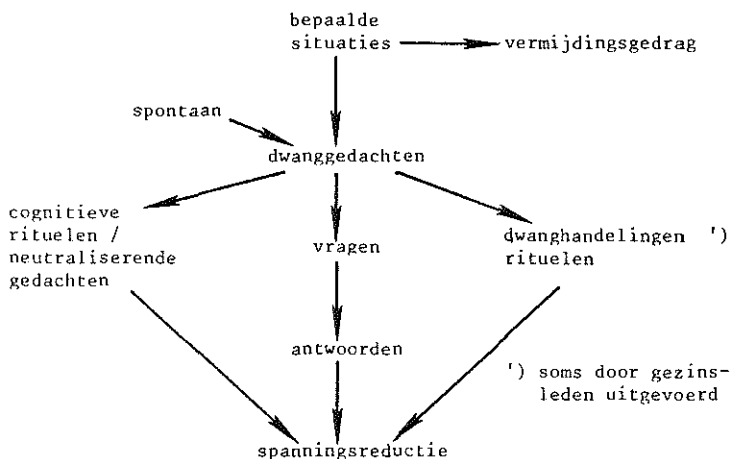


Fig. 5: Schematische weergave van de dwangverschijnselen.

Ook wanneer de bekrachtigende functie van de omgeving niet duidelijk is, is het toch verstandig de partner bij de behandeling te betrekken. Deze weet vaak niet hoe op een verstandige manier op de moeilijkheden van de patient te reageren en in dat geval kan de therapeut voor de nodige richtlijnen zorgen. Soms kunnen de richtlijnen die de therapeut aan de patient geeft voor de niet aanwezige

partner onduidelijk zijn, terwijl het voor de behandeling belangrijk is dat ook de partner meewerkt aan de uitvoering van de adviezen. Ten slotte komt het regelmatig voor dat vermindering van de klachten gepaard gaat met een toeneming van relationele problemen en het is dan nuttig wanneer de therapeut zowel met de patient als met de partner een band heeft die de oplossing van deze nieuwe moeilijkheden mogelijk maakt. Bij de geïsoleerd levende patient kunnen personen met wie de patient nog wel contact heeft (bijv. burens, dominee of huisarts) door het geven van geruststelling de symptomen bekrachtigen. In die gevallen zullen dezen op de hoogte gebracht dienen te worden van de doelstellingen van de therapie en richtlijnen moeten krijgen over hun houding ten opzichte van de patient.

De ambulante behandeling van patienten met dwangverschijnselen bestaat dus uit de volgende elementen:

1. Zelfobservatie en registratie.

2. Exposure:

- de patient laat zich blootstellen aan bedreigende situaties;
- bepaalde dwanggedachten zullen op vaste tijden opgeroepen moeten worden en de patient zal deze gedachten enige tijd 'uitdenken';
- de patient zal spontaan optredende dwanggedachten moeten beschouwen als aanleidingen om extra te oefenen; in plaats van zich ertegen te zetten, wordt de patient gestimuleerd de gedachten op gezette tijden op te roepen.

3. Responspreventie:

- de patient zal geen rituelen meer uitvoeren; evenmin zullen andere gezinsleden dergelijke rituelen op verzoek van de patient uitvoeren;
- de omgeving zal niet langer ingaan op het vraaggedrag;
- de patient stopt met de neutraliserende gedachten en cognitieve rituelen.

De behandeling bestaat uit programma's die samen met de therapeut worden opgesteld, maar die door de patient zelf uitgevoerd worden zonder toezicht.

Bij de ambulante behandeling wordt met behulp van zelfcontroleprocedures de patient geleidelijk ertoe gebracht de respons achter-

wege te laten en zich vrijwillig bloot te stellen aan bedreigende situaties. Dat gebeurt met behulp van maatregelen die genomen kunnen worden vóór het dwanggedrag optreedt en maatregelen die na het optreden van de respons genomen kunnen worden. De stimulus-controle heeft bij de behandeling van dwangverschijnselen slechts een beperkte betekenis. De patient heeft weinig mogelijkheden het optreden van zijn ongewenst gedrag te beperken door bepaalde stimuli te verwijderen of te vermijden (Beech & Vaughan, 1978). Wel kan hij de situaties zo arrangeren dat de kans dat dwangverschijnselen optreden, afneemt, maar het zal duidelijk zijn dat deze strategie hooguit in de beginfase van de behandeling enig nut heeft (bijv. wanneer de patient wanhopig is). Het gaat er immers om de patient zich juist bloot te laten stellen aan bedreigende situaties. Het onderbreken van de keten gedachten en gedragingen die leiden tot het uitvoeren van een dwangrespons met behulp van een zg. 'controlling respons' (S-R interventie) is wel zinvol. De patient kan in aansluiting aan dwanggedachten - wanneer de neiging toe te geven aan een ritueel zeer sterk wordt - zichzelf een activiteit opleggen die de aandacht afleidt. Op deze manier wordt een responspreventie nagestreefd; bovendien worden de dwanggedachten gevolgd door een activiteit die, hoewel afleidend, bij voorkeur ook een aversieve component heeft (bijv. huishoudelijk werk, een eind fietsen, wandelen of hardlopen, uit huis gaan, iemand bezoeken, etc.). Aan het uitvoeren van de responsen kunnen bepaalde consequenties gekoppeld worden. Weinig toegeven aan de responsen kan gevolgd worden door vormen van zelfbeloning, veel toegeven door zelfstraffing. Ook kunnen aan het uitvoeren van dwanghandelingen consequenties gekoppeld worden die leiden tot een toenemen van de exposure. Bijv.: Aan een patient die 80 keer de handen wast uit angst bevuild te zijn met hondfaeces, kan voor iedere keer handen wassen de zelfstraffing van tien seconden buiten wandelen (wat een zeer bedreigende situatie is) aangeboden worden; een activiteit die op vaste tijden de volgende dag uitgevoerd moet worden. Of alleen voor de keren dat vaker dan 60 maal de handen gewassen worden, één minuut wandelen, enz. Samengevat komt de behandeling neer op het toepassen van diverse technieken met als gemeenschappelijk doel de patient zo ver te krijgen dat bepaalde dwangrituelen niet meer uitgevoerd worden en de

patiënt zich weer blootstelt aan bedreigende situaties. De patiënt zal ook moeten leren beter met spanning en angsten om te gaan; bijv. met behulp van ademhalings- en ontspanningsoefeningen. Rachman (Rachman & Hodgson, 1980) stopt alle medicatie een week vóór de behandeling begint. Binnen een klinische setting kan dat overwogen worden. Bij een poliklinische behandeling is dit onverstandig. Er wordt een geleidelijke vermindering van de responsen en een geleidelijke blootstelling aan bedreigende situaties nastreefd; een geleidelijke vermindering van bijv. de anxiolytica past zeer wel in deze strategie. Door geleidelijke medicatievermindering wordt voorkomen dat de patiënt door het abrupte stoppen van de medicatie in een dusdanig ontredderde toestand komt dat er nauwelijks meer afspraken te maken zijn en poliklinische behandeling niet mogelijk is.

Het ontwikkelen van een ambulante strategie naast een effectief gebleken klinische strategie is ingegeven door de opvatting dat poliklinische behandeling in het algemeen de voorkeur verdient boven klinische behandeling. Deze opvatting steunt niet in de laatste plaats op het verschil in kosten van de behandeling. Los hiervan zal deze voorkeur voor een ambulante behandeling onderschreven worden door therapeuten die een ecologische oriëntatie hebben (het natuurlijk milieu van de patiënt respecteren en dus oog hebben voor het belang van systeemfactoren bij de veroorzaking en instandhouding van psychiatrische problemen). Een tweede belangrijk voordeel van de ambulante behandeling ligt in het vermijden van een opname. Hospitalisatie kan een aantal negatieve gevolgen voor de patiënt inhouden met betrekking tot zijn plaats in het gezin, de werksituatie en 'stigmatisering' (vgl. Hoogduin & De Haan, 1979). Een derde argument wordt gevonden in het feit dat bij sommige patiënten de dwangverschijnselen vooral in de eigen sociale omgeving plaatsvinden (Haaijman, 1977).

Bij behandelingen uitgevoerd door Rachman et al. (1980) en Foa et al. (1982) wordt de patiënt vóór de behandeling begint, verteld dat de behandeling bestaat uit exposure en een min of meer volledige responspreventie. Het blijkt dat 13% (Foa et al. 1982) tot 25% (Marks et al., 1975) van de patiënten vervolgens afziet van de behandeling. Bij de hier beschreven poliklinische behandeling krijgt de patiënt dusdanige informatie over de behandeling - de behandeling

is zwaar, maar nooit zo zwaar dat de patient het niet aan zal kunnen - dat de patienten vrijwel altijd besluiten de behandeling te accepteren. Is de patient eenmaal in behandeling, dan blijkt het voor de patient goed mogelijk het geleidelijk verzwaarde programma uit te voeren.

Bij de hier beschreven benadering kan het gewone leven voortgang vinden. De behandeling interfereert niet met het werk of met de taken in de huishouding. Marks et al. (1975), Haaijman (1977), Hoogduin et al. (1977) en Emmelkamp (1982a) hebben op de betekenis van het betrekken van de partner bij de behandeling gewezen. Bij de hier voorgestelde behandeling wordt in principe de partner steeds bij de behandeling betrokken.

De behandeling strekt zich uit over maanden, soms jaren, en biedt daardoor de patient en het gezin de gelegenheid zich geleidelijk aan in te stellen op een leven zonder dwang. Ze zijn in staat de 'leegte' die ontstaat door het verminderen van de dwangverschijnselen langzaam met een nieuw gedragsrepertoire op te vullen. Bovendien is de therapeut beschikbaar wanneer dit uitbreiden van het gedragsrepertoire problemen geeft, of wanneer door gewijzigde verhoudingen binnen de relatie, problemen ontstaan.

Hoofdstuk 3

BEHANDELING IN DE PRAKTIJK

Wanneer over nieuwe succesvolle therapieën wordt gepubliceerd, wordt nogal eens volstaan met het weergeven van hoofdlijnen, waarna de lezer min of meer gedwongen wordt op die hoofdlijnen zelf te gaan improviseren. In dit hoofdstuk wordt er vanuit gegaan dat juist in het detail duidelijkheid en overdraagbaarheid opgesloten ligt. Dit betekent dat gekozen is voor een aantal praktijkgevallen, waarbij de eerder besproken procedures nauwgezet gevolgd worden en van commentaar worden voorzien. De gegevens van de patienten zijn zoveel mogelijk anoniem gemaakt. In dit hoofdstuk wordt de behandeling met behulp van zelfcontroleprocedures besproken en de behandeling waarbij de interactie met de partner centraal staat. Speciale aandacht wordt gegeven aan de behandeling van patienten met dwanggedachten en huishoudwang; ook de behandeling van kinderen met dwangverschijnselen komt uitvoerig aan de orde. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf over de complicaties die kunnen optreden bij dergelijke behandelingen.

3.1 Behandeling met behulp van zelfcontroleprocedures ¹⁾

In deze paragraaf wordt een patiente besproken waarbij de behandeling bestaan heeft uit een zelfcontrole-procedure.

Een patiente met een 'poetsdwang'

Mevrouw De Boer is 41 jaar als zij zich aanmeldt voor behandeling van haar dwangverschijnselen. Sinds de geboorte van haar vierde kind, nu zes jaar geleden, gaat zij gebukt onder de gewoonte haar huis met poetsspray te reinigen. De echtgenoot - een wat kort aangebonden boer - heeft zich steeds verzet tegen deze gewoonte; niet alleen vanwege de kosten (een bus poetsspray kost f 3,50; zij gebruikt 5 à 6 bussen per week), maar ook omdat zijn vrouw tot 's-avonds laat met deze schoonmaakactiviteiten bezig is. De man heeft een eenmansbedrijf waardoor hij vrijwel dag en nacht werkt.

¹⁾ Deze paragraaf is een verkorte versie van het artikel: Hoogduin, C.A.L. (1981), Zelfcontrole en dwang. Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose 1 (1), 41 - 56.

Een relationele betekenis lijkt het symptoom niet te hebben. Besloten wordt tot behandeling met behulp van een zelfcontrole-procedure.

- Zelfregistratie

Mevrouw De Boer gaat iedere druk op de spuitbus registreren; bovendien zal zij het aantal cc's spuitbus-vloeistof dat zij per week verspuut, registreren (1 bus = 265 cc) (zie fig. 6 en 7).

- Stimuluscontrole

Het blijkt voor mevrouw De Boer onmogelijk om maar gedeeltelijk aan de poetsdwang toe te geven; is zij eenmaal doende een voorwerp te reinigen, dan moet dit ook grondig gebeuren. Vandaar dat besloten wordt te proberen minder voorwerpen met poetsspray te behandelen. Tijdens de zittingen wordt mevrouw gevraagd welk gedeelte van het huis de volgende keer niet meer met poetsspray behandeld zal worden. Zo ontstaan er gedeelten in huis die ten slotte alleen op een 'normale' wijze gereinigd worden.

- Zelfbestraffing

Aansluitend aan iedere dwangmatige schoonmaakactiviteit - druk op de spuitbus, gevolgd door zorgvuldig uitwrijven - zal mevrouw zich 30 seconden op de badkamer terugtrekken. Deze tijd zal zij besteden aan het instuderen van Duits idioom (mevrouw De Boer is op advies van een eerdere therapeut een cursus Duits gaan volgen). Het aanleren van nieuwe Duitse woorden vindt zij onaangenaam, maar noodzakelijk voor het goed leren beheersen van de taal.

- Zelfbeloning

In overleg met de echtgenoot wordt afgesproken dat zij de tegenwaarde van iedere spuitbus die zij minder gebruikt in een potje zal doen. Zij zal dit geld naar eigen goeddunken besteden.

- Planning van de behandeling

Tijdens de zesde zitting wordt met behulp van de grafische voorstelling de datum bepaald waarop mevrouw De Boer geen poetsspray meer zal gebruiken. Hiertoe wordt de hulplijn (a) getrokken die de punten D en E verbindt (zie fig. 6); deze lijn wordt doorgetrokken tot de X-as gesneden wordt. Wanneer de dwang met dezelfde snelheid af zou nemen als tussen de tweede en zesde zitting (resp. tussen de vijfde en dertiende week) zou mevrouw De Boer op

de 35ste week klachtenvrij zijn. Deze planning wordt uitgebreid met haar doorgenomen.

Vanuit deze (zesde) zitting wordt steeds de volgende stap (i.c. een bus minder spray gebruiken) besproken. Het moment waarop ze opnieuw een bus minder zal gebruiken, is steeds met behulp van de grafiek goed te bepalen (zie punten A, B en C in fig. 6).

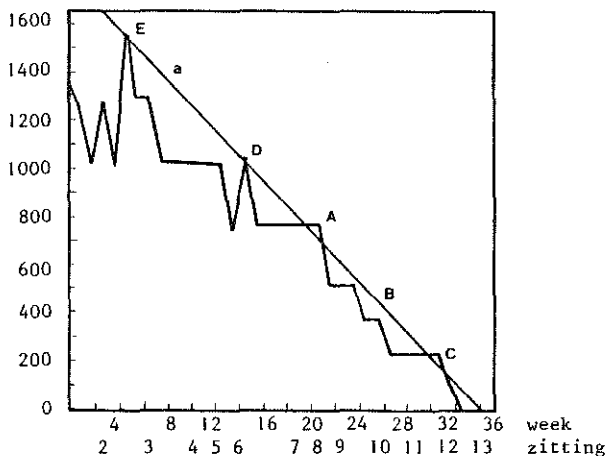


Fig. 6: Hoeveelheid CC poetsspray per week gebruikt.

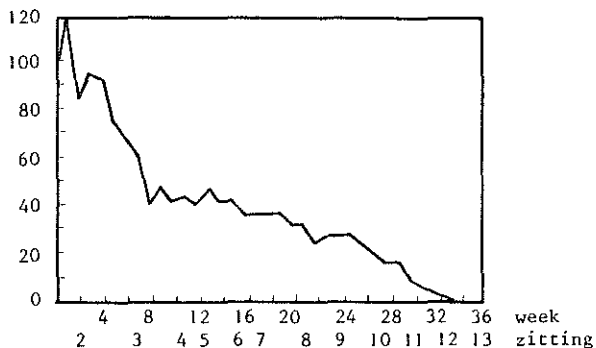


Fig. 7: Aantal keren dat de poetsspray per dag gespoten wordt.

Mevrouw De Boer slaagt erin binnen de gestelde planning haar poetsspray-dwang te overwinnen. Een korte periode heeft zij in plaats van poetsspray, spiritus gebruikt om toch glimmende meubels te krijgen. Na haar op het gevaar van een 'spiritus'-poetsdwang gewezen te hebben, heeft zij dit verder nagelaten. Naast de aanpak van de poetsspray-dwang is er bij de behandeling aan gewerkt dat mevrouw meer aandacht aan de kinderen is gaan geven. Ook de sociale contacten zijn uitgebreid. Op het moment dat mevrouw De Boer van haar dwang bevrijd is, brengt zij het verlangen naar voren om buitenshuis wat te gaan werken. Er ontstaat een ruzie tussen de echtgenoten waaruit blijkt dat zeven jaar geleden - vóór de dwang dus - een dergelijk meningsverschil heeft gespeeld. De echtgenoot wil onder geen voorwaarde dat zijn vrouw uit huis gaat werken. Pogingen om dit probleem in het kader van een relatietherapie op te lossen, mislukken. Bij follow-up na één jaar behoort de poetsspray-dwang tot het verleden. Binnen de relatie zijn nog steeds problemen, terwijl mevrouw De Boer in het huishouden bijzonder secuur is gebleven.

Bespreking

Zelfcontrole-procedures lijken een belangrijke uitbreiding te zijn van het therapeutisch arsenaal voor de behandeling van dwangverschijnselen. Hieronder volgt een bespreking van de bruikbaarheid van de verschillende procedures:

- Stimuluscontrole

Hoewel de betekenis van stimuluscontrole beperkt is, kan de patient de situatie zo arrangeren dat de kans dat de dwangverschijnselen optreden, afneemt. In het geval van mevrouw De Boer is dat mogelijk door bepaalde gedeelten van het huis niet met de spuitbus in de hand te betreden. Ook kan de patient gezelschap zoeken, een interessant t.v.-programma bekijken of een lichamelijke inspanning leveren, om aldus te vermijden dat hij in een situatie terechtkomt die bij hem tot een toeneming van de dwangverschijnselen leidt.

- Stimulus-responsinterventie

Het onderbreken van de responsketen met een zg. 'controlling response'. Wanneer de dwang ontstaat in aansluiting aan een periode van angst en spanning kan geprobeerd worden met behulp van

ontspanningstechnieken te voorkomen dat de dwang uitgevoerd wordt. Ook de eerdergenoemde lichamelijke inspanning, het gezelschap zoeken en andere vormen van afleiding kunnen hierbij toegepast worden.

- Responsconsequentie

De zelfbeloning wordt bij mevrouw De Boer toegepast. Zij zal het door haar gespaarde geld (bij gebruik van minder spuitbussen spaart ze geld) voor eigen doeleinden gebruiken. Steeds worden er consequenties gekoppeld aan het symptoomgedrag. Mevrouw De Boer zal zich na het gebruik van de spuitbus bijv. een halve minuut terugtrekken op de badkamer om aldaar haar Duits idioom te bestuderen. De hier voorgestelde benadering van de behandeling van de problematiek lijkt eenvoudig. Toch zijn de kansen op mislukking groot. Het verdient de voorkeur om met een eenvoudige opdracht te beginnen die door de patient voorgesteld wordt en waarop de therapeut 'afgedongen' heeft. Met andere woorden: laat de patient een contract voorstellen, maar hoe het voorstel ook luidt, zeg hem dat dit een te grote stap ineens is en stel een lichter programma voor. Het mislukken van één contract kan de gehele behandeling doen mislukken. Complimenteer hem voor zijn enthousiasme, maar vertel dat er weliswaar mensen met vergelijkbare problemen zijn die zeer grote stappen aankunnen, maar dat het beter is om kalm aan te beginnen.

Bij het opstellen van behandelingsdoelen voor patienten met dwangproblematiek is het belangrijk ervoor te zorgen dat duidelijk is wanneer een verschijnsel wel en wanneer een verschijnsel niet als ongewenst beschouwd moet worden. Zo kan bijv. met iemand die twee uur doet over het tandenpoetsen afgesproken worden dat drie minuten voldoende is en dat deze tijd als behandelingsdoel wordt gesteld. Mensen met dwangverschijnselen zijn vaak ernstig geïnvaleideerd. Wanneer de dwangverschijnselen op de achtergrond raken, wordt vaak pas duidelijk hoeveel moeite zij hebben hun leven te vullen met alledaagse zaken. Contacten met burens of een winkelier worden een opgaaft, tegen familiebezoek wordt opgezien. De leegte en verveling maken de kans op een recidief van de dwangneurose groot. Wanneer bij patienten met dwangverschijnselen binnen een gezinsstelsel de symptomen afnemen, ziet men regelmatig een gezinscrisis ontstaan. Bij de geïsoleerd levende patient ontstaat er ook

vaak gedurende de behandeling een emotionele crisis met angsten, depressieve verschijnselen en hyperventilatie-aanvallen. Bij patiënten die binnen een gezin leven, zal men het gezin moeten voorbereiden op het optreden van een dergelijke crisis. De geïsoleerd levende patiënt zal evenzeer op het ontstaan van een soms ernstige crisis voorbereid dienen te worden. Op die manier wordt vermeden dat de patiënt een op zichzelf gunstige ontwikkeling als een verslechtering beleeft, met de gevaren van wegblijven uit de behandeling of terugvallen in dwangrituelen. Gedurende een van de eerste zittingen wordt door de therapeut een overzicht gegeven van klachten die bij mensen met dwangproblematiek kunnen optreden: dwanghandelingen, dwanggedachten, angsten, hyperventilatie, depressie, woedeboeien, verdriet, teleurstelling. Vervolgens worden de klachten naar ernst geordend, waarbij de dwanghandelingen als afwijkende, en verdriet en teleurstelling als gewone menselijke emoties worden omschreven. Met de patiënt wordt besproken dat hyperventilatie, depressie, woede, verdriet en teleurstelling vaak optreden wanneer de dwangverschijnselen afnemen. De voor de patiënt zeer moeilijk te aanvaarden huilboeien en verdriet kunnen binnen dit kader weliswaar als zeer moeilijk te dragen, maar toch als een teken van vooruitgang geïnterpreteerd worden. Het isolement van de patiënt kan het soms noodzakelijk maken dat de therapeut zijn activiteiten niet beperkt tot het therapie-uur of de kantoortijden, maar zich 24 uur, 7 dagen per week telefonisch bereikbaar opstelt. Het is niet uitgesloten dat gedurende de behandeling zich een periode voordoet waarin de patiënt overvloedig gebruik maakt van deze telefonische bereikbaarheid.

3.2 Behandeling met een overwegend interactionele strategie ¹⁾

Ondanks een toegenomen belangstelling voor de interpersoonlijke aspecten van psychiatrische symptomen in het algemeen, bestaat er een beperkte belangstelling voor de actuele sociale factoren waar

¹⁾ Deze paragraaf is een beknopte versie van het hoofdstuk: Hoogduin, C.A.L., O. van der Hart, R. Van Dyck, L.J. Joele & K. van der Velden (1977), De interactionele behandeling van dwangmatig controleren. In: K. van der Velden (red.), Directieve Therapie 1, Van Loghum Slaterus, Deventer.

het dwangklachten betreft. Haley (1963) beschrijft hoe mensen met hun symptomen de relaties met anderen kunnen beïnvloeden en beheersen en hoe ze bezig zijn met de vraag wie het in een bepaalde relatie voor het zeggen heeft. Deze machtsstrijd wordt soms in sterke mate bij mensen met dwangklachten gevonden: "The obsessional is an expert in 'one-upmanship'" (Wolberg, 1967). Vanuit dit gezichtspunt is het van belang dat de partner of andere gezinsleden vanaf het begin bij de behandeling betrokken worden. Deze visie vormde het uitgangspunt bij de taxatie en behandeling van een man met uitgebreide dwanggedachten en de hardnekkige gewoonte om zijn vrouw bij het oplossen van zijn twijfels te betrekken.

De aanmelding

De heer Donkers wordt naar de psychiatrische polikliniek van een universiteitskliniek verwezen door een psychiater die in een begeleidende brief schrijft: "Dwangneurotisch beeld. De ingestelde orthopaedagogische en medicamenteuze behandeling heeft niet voldoende resultaat gegeven en patient uit zijn klachten zodanig dat zijn vrouw en kinderen tot wanhoop gedreven worden". De heer Donkers, een 50-jarige afdelingschef van een groot bedrijf, komt in gezelschap van zijn vrouw op de polikliniek. Hij vertelt dat hij sinds zijn puberteit gekweld wordt door dwanggedachten, angst om gek te worden, faalangst en paniekgevoelens. In zijn middelbare schooltijd kreeg hij incidenteel psychiatrische hulp. De laatste vier jaar wordt hij weer ambulante psychiatrisch behandeld. Desondanks is hij steeds vaker zijn werk gaan verzuimen. Sedert een halfjaar werkt hij helemaal niet meer. De laatste tijd is hij voortdurend bezig om de vragen die hem kwelden door 'geconcentreerd denken' op te lossen. Zijn twijfels betreffen vooral het precieze verloop van meestal banale gebeurtenissen uit de afgelopen jaren en details van financiële transacties, die hij overigens in een nauwkeurige boekhouding heeft vastgelegd. Als een twijfel of dwanggedachte bij hem opkomt, dan voelt hij zich gedwongen om daarover te blijven nadenken totdat hij volledige zekerheid heeft, wat uren in beslag kan nemen. Vaak schakelt hij zijn vrouw in om hem te helpen bij het beantwoorden van deze voor hem kwellende vragen.

De therapeut van de polikliniek besluit na dit korte intake-gesprek de echtgenote van de heer Donkers bij de behandeling te betrekken.

Het eerste gesprek

In het eerste gesprek dat de therapeut met het echtpaar heeft, probeert hij duidelijkheid te krijgen over de precieze omstandigheden waaronder het dwangdenken optreedt, over de mogelijkheden om iets aan deze omstandigheden te veranderen en over de reacties van de partner ten opzichte van het dwangdenken. Tevens geeft hij gedurende deze zitting reeds de essentiële opdracht met betrekking tot het oplossen van het probleem.

- Het symptoom en zijn context

De heer Donkers vertelt zijn probleem zeer wijdlopig; op vragen naar concrete informatie antwoordt hij niet rechtstreeks. Toch is het noodzakelijk een exacte formulering te krijgen van zijn belangrijkste symptoom. Regelmatig is het uiteindelijk zijn vrouw die een bruikbaar antwoord geeft op vragen die aan hem gericht zijn; hij reageert vaak met omstandige, vage uiteenzettingen. De therapeut blijft op een vriendelijke wijze aandringen op concrete antwoorden. Door in ruime mate begrip te tonen voor de moeilijkheden en spanningen waaronder iedereen gebukt gaat, slaagt hij er tevens in snel een sfeer van goede samenwerking te doen ontstaan.

De dwanggedachten hebben betrekking op het verleden en op geldzaken. Om zich op deze zaken te concentreren, trekt patient zich terug op plaatsen waar hij alleen is. Bij doorvragen blijkt dat het toilet de enige plaats is waar hij zich langdurig terugtrekt. Dat hij daardoor het w.c.-bezoek van de andere gezinsleden ernstig belemmert, spreekt voor zichzelf.

Ther.: Zoals u nu thuis bent, maakt het voor u veel uit of u nou op het toilet bent of op de slaapkamer?

Hij : Nou, ik heb voor mezelf het idee dat misschien de w.c. een kleinere ruimte is, waardoor ik me misschien beter kan concentreren en niet word afgeleid door andere zaken of, nou ja, dat is gewoon een dwang van mij. Ik moet een kleinere ruimte hebben ...

Ther.: Het is dus niet zo dat u kunt zeggen: ik doe het vandaag alleen maar in de slaapkamer?

Hij : Nee, het is eigenlijk ...

Ther.: Dat zou u niet lukken?

Hij : Om het in de slaapkamer te doen?

Ther.: Dus als we nou zouden zeggen: Doet u het nu alleen in de slaapkamer, niet meer in het toilet, dat zou niet lukken? Want dat heeft u weleens geprobeerd ...

Zij : Nou, het is eigenlijk zo'n ontzettende gewoonte van hem geworden, want als ie zich bijv. staat te scheren, de w.c. is ernaast, dan staat ie bijv. helemaal ingezeept en dan komt er een gedachte ... hup, zit-ie daar, zit-ie op de w.c. Ik bedoel, hij kan in de douche net zo goed denken, die kan ook op slot, maar hij gaat toch naar de w.c.

Nadat het probleem aldus geconcretiseerd en gespecificeerd is, zijn de therapeut en de heer en mevrouw Donkers het eens over de volgende conclusies:

- a. Meneer heeft dwanggedachten die alleen uitgedacht kunnen worden op het toilet.
- b. Hij richt zich tot zijn vrouw om hem te helpen zijn twijfels op te lossen door het beantwoorden van zijn vragen.
- c. Wanneer zij antwoord geeft, voldoet hem dit uiteindelijk niet; meestal gaat hij toch daarna op het toilet verder piekeren.
- d. Zij geeft wel antwoorden, maar zij wordt in toenemende mate door zijn vraaggedrag geïrriteerd.

- De opdracht

Nadat het echtpaar deze formulering van de problematiek heeft geaccepteerd, wordt het volgende advies gegeven:

De man mag wel vragen stellen aan zijn vrouw, maar deze mag geen antwoord geven. Zij dient hem meteen naar het toilet te verwijzen.

Ther.: Voor de volgende keer zou ik u de volgende adviezen willen meegeven. Uw man vraagt u veel dingen; u probeert er antwoord op te geven, probeert zekerheid te geven, probeert soms door geïrriteerd te zijn hem duidelijk te maken dat het onzin is ...

Zij : Dus dat is wel goed?

Ther.: Nou, als je kijkt wat er gebeurd is, dan heeft het weinig zoden aan de dijk gezet. Wat u ook gedaan hebt, het hielp allemaal niets. Hè, laten we eerlijk zijn. U heeft uw best gedaan.

Zij : Ja, ik heb ook uren met hem gepraat ...

Ther.: Ja, zo'n vrouw bent u ook uiteindelijk, eindeloos geduld, zoals u zei. Maar ja, als u nu kijkt wat u met al uw geduld bereikt hebt, uw prikkelbaarheid, enfin, vriendelijkheid. U heeft alle kanten geprobeerd. Het heeft allemaal geen zoden aan de dijk gezet, het heeft allemaal weinig succes.

Enfin, het advies wat ik u dus zou willen geven voor de volgende periode is dat u daarmee stopt, maar dan ook absoluut stopt. Als uw man u vragen stelt, dan geeft u niet één antwoord, u wordt ook niet prikkelbaar, niet geïrriteerd, u toont geen ongeduld. U zegt tegen uw man: "Ja, ik merk dat je met onzekerheid zit hè, zo ligt het vaak. Nou, ik vind dat je het zelf maar uit moet denken. Trek je maar even terug op het toilet en denk het maar uit".

Zij : Dus ook al weet ik het ...

Ther.: U zegt gewoon als uw man iets vraagt: "Beste Jan, of lieve Jan, ga maar naar het toilet en ga het zelf uitdenken".

- Het motiveren van het echtpaar tot het uitvoeren van de opdracht

Nadat beide partners het erover eens zijn dat met geen van de maatregelen die ze tot nu toe hebben geprobeerd enig resultaat kon worden geboekt, wordt hen de volgende toelichting gegeven om hen tot het uitvoeren van het advies te motiveren: Het dwangmatig vragen stellen leidt tot een door beiden niet gewenste afhankelijkheid van de man ten opzichte van zijn vrouw. Om dit terug te draaien, is het nodig dat hij voortaan zelfstandig het antwoord op zijn talloze vragen vindt, dan wel besluit om de vragen onbeantwoord te laten. Dit kan alleen maar lukken als zij hem helpt door voortaan geen antwoord meer te geven. Belangrijk hierbij is dat het niet geven van een antwoord als een meer effectieve manier van helpen en niet als een - agressieve - weigering wordt gerepresenteerd. Een omschrijving van het gebeuren als een machtsstrijd zou misschien wel juist zijn, maar ongetwijfeld aanleiding geven tot protesten en niet de gemotiveerdheid verhogen van het echtpaar.

- Anticiperen op mogelijke gedragspatronen die de werking van de opdracht kunnen neutraliseren

Mevrouw Donkers voelt voor het voorstel. Meneer Donkers probeert "ontsnappingsmogelijkheden" in te bouwen. De therapeut blokkeert deze pogingen.

Hij : Maar het is dus zo, dat ik weleens bepaalde onbenullige dingen wil vragen, nou ja, gewoon in het algemeen, dus als ik iets informatiefs wil vragen dat niet met de gedachten of dwanggedachten te maken heeft, maar gewoon over iets vragen, ik bedoel iets informatiefs, dan kan ze toch gewoon antwoord geven?

Ther.: Nee, dat zou ik ook niet doen.

Hij : Ja, maar ik wil maar zeggen, als je het nou gewoon hebt over ja, hoe was dat ook weer, wanneer was dat nou, vorig jaar of eerverleden jaar ...

Ther.: Daar mag uw vrouw geen antwoord op geven. Beslist niet.

Hij : Maar ook niet gewoon huis-, tuin of keukendingen ...

Bijvoorbeeld ...

Ther.: Geeft u maar een voorbeeldje.

Hij : Nou, bijv., we waren in Beekbergen, daar gaan we dikwijls op vakantie, in zo'n zomerhuisje, en als je dan bijv. vraagt: nou ... wanneer is die er nou gekomen, die midgetgolfbaan, was dat nou vorig jaar of eerverleden jaar, wanneer is die er nou gekomen?

Ther.: U mag dat best vragen en ik zou zelfs zeggen, als u die behoefte hebt, vraag dan gerust, maar uw vrouw mag geen antwoord geven. Ze zegt dan: "Ja, ik mag geen antwoord geven; probeer er nou zelf achter te komen, dat is goed voor je".

De therapeut geeft aan de heer Donkers toestemming om zijn dwangmatig vraaggedrag te blijven voortzetten. Het symptoom wordt dus expliciet voorgeschreven.

Het is niet uit te sluiten dat de heer Donkers door zijn denken op het toilet het w.c.-bezoek van zijn gezin blijft bemoeilijken. Er wordt aan het echtpaar voorgesteld om als noodvoorziening een campingtoiletje aan te schaffen, zodat de uitvoering van de opdracht niet op praktische bezwaren bij de overige gezinsleden hoeft te stuiten.

De bedoeling van het advies is uiteraard dat een vermindering van de symptomen gaat optreden. Toch wordt soms in eerste instantie een toeneming van de symptomen gezien. Het is van belang dat de gezinsleden ervoor gewaarschuwd worden dat op korte termijn eerder een verslechtering dan een verbetering kan optreden, zodat ze niet onnodig in paniek raken en het advies naast zich neerleggen.

Hij : Nee, maar denkt u ook niet dat het, doordat zij er dus niet op ingaat, maar dat zij het mij alleen laat doen, dat dit al een gunstige uitwerking zal hebben op een minder gaan naar de w.c.?

Ther.: Nee, nee, dat verwacht ik helemaal niet. Ik verwacht juist dat u een moeilijke tijd gaat doormaken.

Aan de heer Donkers wordt ten slotte gevraagd om de tijd die hij op het toilet doorbrengt, zorgvuldig te registreren en in grafieken weer te geven.

De volgende zitting

Tijdens het eerstvolgende gesprek blijkt dat mevrouw Donkers zich erg heeft ingespannen om het advies consequent uit te voeren.

Dit leidde ertoe dat de heer Donkers met grotere nadruk een antwoord van haar eiste en via allerlei omwegen en uitweidingen er toch in geslaagd was haar een antwoord te ontlokken. Het was daarom nodig om het advies nogmaals uit te leggen.

Ther.: U moet zich absoluter opstellen en uw man letterlijk voorschrijven terug te gaan naar het toilet: "Ga nou denken in het toilet". En u mag daar best de suggestie bij geven: "Doordat je naar het toilet gaat, kun je het mogelijk overwinnen, kun je het uitdenken". Daardoor neemt de afhankelijkheid af.

Hij : Ja, u bedoelt, als ik dan ga en ik zoek het zelf uit, dan kom ik minder afhankelijk van haar te staan.

Wanneer mevrouw zich na deze zitting inderdaad consequent aan het advies houdt, tracht de heer Donkers zijn vragen via zijn kinderen beantwoord te krijgen. Er ontstaan grote spanningen in het gezin en hij dreigt zelfs met zelfmoord als de door hem gestelde vragen niet beantwoord worden.

Zij : "Nee Jan, ik mag het niet zeggen". Hij werd dus echt kwaad: "Ik kom hier nooit uit en ze vertellen me nooit wat, dan ga ik maar weg, want ik heb hier toch helemaal niks". Dus hij was echt obstinaat. Hij zegt: "Je vertelt het!" Ik zeg: "Nee, ik vertel het niet". Toen ging hij naar de kamer, naar mijn zoontje, die is vreselijk gevoelig en toen zegt-ie: "Piet, wat hebben we nou donderdag gegeten?" en toen zei Piet: "Nee, pappa, dat mag ik niet zeggen". Hij is er ook al min of meer op getraind. En toen zegt-ie: "Nou, dan wordt hier helemaal niks meer gezegd, nou ga ik weg en kom niet meer terug". Dat moet je tegen die jongen niet zeggen, die is vreselijk gevoelig, dus die zegt: "Nee, pappie! We hebben brood gegeten". Maar hij had toch al zijn jas aan en zei: "Ik ga weg en gooi me voor de trein".

Hij : Nou ja ...

Zij : In een opwelling zei hij dat, hij zal het heus niet doen.

Het verdere verloop

In de loop van de behandeling - totaal 12 zittingen van ongeveer een uur - wordt het dwangdenken op het toilet steeds minder. Was er aanvankelijk sprake van enige uren, later wordt dat enige minuten per dag. De heer Donkers hervat zijn werk geleidelijk. Na enige tijd halve dagen gewerkt te hebben, breidt hij de werktijd uit, tot hij aan het eind van de behandeling weer hele dagen werkt.

Gedurende de behandeling kwamen problemen binnen de relatie en vragen met betrekking tot de kinderen uitgebreid aan de orde. De relatie wordt ten slotte door beiden als aanmerkelijk verbeterd beschreven. Mevrouw vindt haar man weer lijken op de man op wie ze verliefd geworden was. Meneer Donkers is nu ook in staat concreet en op directe wijze gesprekken te voeren, zijn wijldlophheid is zo goed als verdwenen.

Ruim een halfjaar nadat de behandeling is afgesloten, wordt de heer Donkers aangemeld op de polikliniek in verband met moeilijkheden op zijn werk. Na vier zittingen is dit probleem opgelost. Het dwangdenken beperkt zich nog steeds tot enige minuten per dag. Bij een follow-up ruim drie jaar na aanmelding blijken de dwangverschijnselen volledig verdwenen te zijn. De heer Donkers werkt hele dagen. Mevrouw beschrijft de sfeer thuis als positief en stelt: "Mijn man is overal overheen".

Bespreking

Tijdens de behandeling krijgt de partner (of krijgen de gezinsleden) de instructie om op een vriendelijke manier te weigeren op het vraaggedrag in te gaan en hierbij niet te capituleren. Deze afspraak wordt gemotiveerd in termen van 'herwinnen van zelfstandigheid'.

Het uitvoeren van de opdracht is een zware opgave voor de partner of andere gezinsleden. De patient reageert heftig op hun veranderde houding, waardoor zij zich soms gedwongen voelen hun nieuwe reactie weer te laten varen. Verschillende zittingen moeten daarom besteed worden aan het versterken van het voorgeschreven nieuwe reactiepatroon van de partner of de andere gezinsleden. Voorts moet ook aandacht besteed worden aan mogelijke 'lekken', omdat bepaalde familieleden bijv. toch op de oude manier blijven reageren. De sterke negatieve emotionele reactie van de patient die volgt op de uitvoering van het advies is overigens niet alleen op de gezinsleden, maar ook op de therapeut gericht. Uit mededelingen van gezinsleden blijkt ook hoe negatief de patient de therapie aanvankelijk beleeft, ondanks het feit dat de beschreven behandeling in een vriendelijke en positieve sfeer plaatsvindt.

De hier geschetste behandeling van het dwangmatig vragenstellen lijkt een louter symptoomgerichte aanpak - in een relationele context - te zijn. Het advies aan de partner of andere gezinsleden om anders te

reageren, alsmede de gezinscrisis die dit tot gevolg heeft, laten echter zien dat het gehele gezinssysteem verandert. Alleen wordt dit onderwerp zelden expliciet aan de orde gesteld in de eerste fase van de therapie. Wanneer op dat moment de relationele aspecten sterk benadrukt worden, kan dit tot weerstanden bij het echtpaar leiden, omdat aanvankelijk vooral de behoefte bestaat aan een op het symptoom gerichte behandeling.

Nadat in een dergelijke behandeling de dwangfenomenen meer op de achtergrond raken, kan de aandacht verschuiven naar andere probleemgebieden. Sexuele moeilijkheden, vrijetijdsbesteding, problemen met de opvoeding van de kinderen of het werk kunnen aan de orde komen. Hier worden dan andere technieken - o.m. leeropdrachten, ontspanningsoefeningen en assertieve training - toegepast. Het probleemoplossend vermogen van de patient en het gezin kan dan in diverse opzichten vergroot worden (vgl. Lange & Van der Hart, 1979). Het optreden van vraaggedrag bij mensen met dwangverschijnselen wordt reeds in de oude psychiatrische handboeken beschreven. Kraepelin (1896) schrijft er het volgende over: "Es tauchen bei beliebigem Anlasse, bisweilen in förmlichen 'Anfällen' massenhafte, zwecklose, unlösbare, ja gänzlich alberne Fragen im Bewusstsein des Kranken auf, die derselbe vergeblich zu unterdrücken sich bemüht". Ook Carp (1939), Jellgersma (1911) en Kanner (1966) vermelden deze 'Fragensucht' summier, terwijl zij zeer uitvoerige beschouwingen over de psychodynamiek geven. In die gevallen is het zinvol de partner of meer algemeen degene aan wie de vragen gesteld worden, bij de behandeling te betrekken.

3.3 Dwanggedachten ')

Patienten met een dwangneurose waarbij geen dwanghandelingen voorkomen, maar waarbij de klacht zich hoofdzakelijk in de gedachtenwereld van de patient manifesteert, zouden met minder succes te behandelen zijn dan de patienten met dwanghandelingen (Rachman & Hodgson, 1980). Het gegeven dat de therapie geheel afhankelijk is van de rapportage van de patient over ernst en voorkomen van de

*) Deze paragraaf is een verkorte versie van het artikel: Hoogduin, C.A.L. (1981), Over de behandeling van cliënten met dwanggedachten. Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose 1 (2), 124 - 134.

klacht heeft hen als groep voor onderzoekers minder aantrekkelijk gemaakt. Toch wil het feit dat dwangklachten zich afspelen buiten de waarneming van anderen niet zeggen dat mensen uit de omgeving er niets van merken. Het is voor de gezinsleden maar al te vaak duidelijk wanneer zich deze klachten voordoen. De patient vraagt hen vaak oplossingen voor zijn problematiek. Hij probeert de dwanggedachten te neutraliseren door aan de gezinsleden geruststellende antwoorden te ontlokken. Daarnaast kan de patient gespannen raken; hij lijkt niet meer met zijn gedachten bij de conversatie. Deze secundaire verschijnselen kunnen net als de meer objectieve klachten (bijv. dwanghandelingen) leiden tot consequenties binnen de natuurlijke omgeving. Bij het ontwerpen en uitvoeren van een ambulante behandeling van dwanggedachten zal aan deze aspecten zeker aandacht gegeven moeten worden. Zo kunnen dus niet alleen de neutraliserende gedachten en de dwangrituelen ten slotte leiden tot een spanningsreductie, maar ook de antwoorden van personen uit de omgeving op de door dwanggedachten geïnspireerde vragen.

Ook wanneer de bekrachtigende functie van de omgeving niet duidelijk is, is het toch verstandig de partner zoveel mogelijk bij de behandeling te betrekken. Deze weet vaak niet hoe op een verstandige manier op de moeilijkheden van de patient te reageren en in dat geval kan de therapeut voor de nodige richtlijnen zorgen. Soms zijn de adviezen die de therapeut aan de patient geeft voor de partner niet erg duidelijk, terwijl het voor de behandeling belangrijk is dat ook de partner meewerkt aan de uitvoering van de adviezen. Ten slotte komt het regelmatig voor dat vermindering van de klachten gepaard gaat met een toeneming van relationele problemen en het is dan nuttig wanneer de therapeut zowel met de patient als met de partner een band heeft die de oplossing van deze nieuwe moeilijkheden mogelijk maakt. Bij de geïsoleerd levende patient kunnen personen met wie de patient nog wel contact heeft (bijv. de dominee of huisarts) door het geven van geruststelling de symptomen bekrachtigen. In die gevallen zullen ze bij de behandeling betrokken moeten worden. De ambulante behandeling van patienten met dwanggedachten bestaat uit de volgende onderdelen:

1. Zelfobservatie en zelfregistratie.
2. Het op vaste tijden oproepen van de dwanggedachten en deze gedurende enige tijd volhouden (satiatie). Dit gebeurt op een

plaats waar de patient dit ook ongestoord kan doen. De latentie-tijd en de tijd dat de gedachten in de aandacht blijven, worden geregistreerd.

3. Het beëindigen van de neutraliserende activiteiten.
4. Bij spontaan optredende dwanggedachten wordt de patient verzocht er niet tegen te vechten, maar ze te beschouwen als aanleidingen om nog eens extra te oefenen. De duur van de dwanggedachten wordt geregistreerd, de neutraliserende activiteiten worden achterwege gelaten.
5. De patient wordt gestimuleerd nuttige en zinvolle activiteiten waar hij niet meer toe komt, weer te gaan doen. Hij zal deze bijv. gaan doen wanneer de neiging om toe te geven aan de neutraliserende activiteiten of gedachten te sterk wordt. Deze bezigheden worden verricht in een tevoren afgesproken volgorde.

De behandeling bestaat uit programma's die samen met de therapeut worden opgesteld, maar die ten slotte door de patient zelf uitgevoerd worden. Bij de zelfobservatie en de zelfregistratie spreekt dit van-zelf, maar ook het oproepen van de dwanggedachten, gevolgd door het achterwege laten van de neutraliserende activiteiten, kan als een bijzondere vorm van zelfcontrole opgevat worden. De patient wordt geadviseerd de keten 'dwanggedachten - neutraliserende activiteit - satisfactie' te onderbreken. Door dingen te doen die de kans op optreden van neutraliserende activiteiten kleiner maken, kan het succes van de interventie vergroot worden. Hiervoor worden vooral zinvolle, maar op den duur minder aangename taken gekozen. Vooral zaken waar de patient ten gevolge van zijn klachten niet meer aan toekomt en waarvan de zin vaststaat, komen in aanmerking.

Het voorbeeld

Mevrouw Droste heeft sinds haar puberteit - zo'n vijftien jaar geleden - last van morbide preoccupaties. Het gaat hierbij om hypochondere preoccupaties; ze raakt in paniek bij elke lichamelijke klacht. De gedachte dat hier sprake van een eerste verschijnsel van de 'gevreese ziekte' zou kunnen zijn, houdt haar dan dagen bezig. Wanneer zij ongelukkigerwijze getuige is geweest van agressief gedrag op de televisie of een flinke ruzie thuis, duurt het dagen voordat de herinnering hieraan weer verflauwt. Tijdens haar

eerste zwangerschap heeft zij last gekregen van dwanggedachten. Zij zou niet in staat zijn een goede moeder te zijn; zij zou het kind met een schaar of mes steken of het kind expres laten vallen. Na de bevalling zijn deze gedachten op de achtergrond geraakt om gedurende de tweede zwangerschap in sterkere mate terug te keren. Ook ditmaal hebben de gedachten betrekking op agressieve daden waarvan haar eerste kind het slachtoffer zou kunnen worden. Mevrouw Droste is gehuwd met een café-eigenaar die door zijn werk veel van huis is. Desgevraagd vertelt zij dat haar man haar klachten niet begrijpt en ze bagatelliseert. Ze heeft geen dwangmatig vraaggedrag; ook heeft ze geen last van dwangrituelen. Het voor zichzelf uitgesproken besef dat ze nooit iemand echt kwaad heeft gedaan en toch haar best doet een goede moeder te zijn, doet soms de gedachten verdwijnen.

Zij krijgt het advies dagelijks satiatie-zittingen van één kwartier uit te voeren; daarnaast zal ze iedere spontaan opkomende dwanggedachte uitdenken in al zijn verschrikkelijke consequenties en deze na afloop registreren. Zij zal haar angstige fantasieën niet meer met neutraliserende gedachten ongedaan maken.

De volgende zitting heeft zij nog slechts een enkele maal dwanggedachten gehad. Ze slaagt er niet goed in ze zelf op te roepen. Mevrouw Droste vertelt eerst nu van haar morbide preoccupaties. Ook voor deze klacht wordt dezelfde procedure gevolgd, waarbij zij naast de satiatie-oefeningen de spontaan optredende gedachten zal uitdenken in alle consequenties. Aansluitend verdwijnt ook dit dwangmatig piekeren naar de achtergrond.

Twee maanden na de eerste zitting wordt patiënte niet meer gehinderd door dwanggedachten of morbide preoccupaties.

Bij follow-up na vier maanden is deze toestand ongewijzigd gebleven.

Bij het voorbeeld van de behandeling van mevrouw Droste gaat het om een patiënte die last had van dwanggedachten die ze probeerde kwijt te raken door neutraliserende gedachten op te roepen. Er zijn geen aanwijzingen voor bekrachtiging door de partner; er vindt geen dwangmatig vragen om geruststelling plaats. Zij heeft geen dwanghandelingen.

Van der Velden (1981) beschrijft de behandeling van een vrouw met dwangdenken bij wie de problematiek gecompliceerder is. Deze patiënte

heeft last van de gedachte: "Stel je voor dat ik die en die ineens vermoord". Om deze gedachte kwijt te raken, laat ze de betrokken (geliefde) personen - die overigens nergens van weten - bepaalde zinnen herhalen (zij bereikt dit door te suggereren dat ze niet goed kan horen). Het laten herhalen van deze zinnen kan als neutraliserende activiteit gezien worden. Binnen de hier voorgestelde behandeling zou ze hiermee moeten ophouden. Wanneer ze in behandeling is, ontwikkelt ze de gedachte dat de diagnostische competentie van de therapeut niet goed zou zijn. Ze probeert dit op te lossen door de therapeut en huisarts met vragen hieromtrent te bestoken en op deze wijze geruststelling te verkrijgen. Van der Velden beantwoordt de vraag evenmin, maar geeft haar het advies te hyperdramatiseren.

Wanneer een bepaalde activiteit als een interventie wordt uitgevoerd, bestaat het gevaar dat deze activiteit zelf weer een neutraliserende betekenis krijgt. Het volgende voorbeeld illustreert dit:

Anna tobt al vele jaren met de gedachte iets belangrijks te hebben weggegooid. Wat dit precies is, weet zij niet, maar ze probeert in gedachten de situatie te reconstrueren en vraagt haar echtgenoot ten slotte om haar gerust te stellen. Dit heeft geen oplossing gebracht. Ze is hem steeds meer gaan vragen, maar de geruststellende waarde van zijn antwoorden is steeds minder geworden. Zij krijgt het advies wel vragen te stellen, maar haar echtgenoot zal niet meer antwoorden, maar haar naar haar kamer verwijzen om het zelf uit te denken en tevens haar gedachten uitvoerig op te schrijven. Dit leidt tot een beëindiging van het vraaggedrag, maar de twijfels van Anna betreffen nu de vraag of ze het wel goed heeft opgeschreven. Na een aanvankelijke verbetering ontstaat opnieuw een crisis (zie Hoogduin et al., 1977; De Haan, 1984). Wanneer Anna nu het advies krijgt te gaan tekenen in plaats van te schrijven, treedt er in aanvang opnieuw een daling op van de frequentie van de dwanggedachten. Na enige tijd neemt het dwangdenken weer toe en wordt er ook een toename gezien van het tekenen. Het tekenen krijgt een 'neutraliserende' betekenis: pas als de tekening helemaal af is, voelt ze zich voldaan.

De kans dat deze complicatie optreedt, kan kleiner gemaakt worden door meerdere activiteiten bij de interventie te gebruiken.

Lichamelijke inspanning, huishoudelijke activiteiten (cave huishoudwang), sociale contacten leggen en het verzorgen van goede maaltijden, worden bijv. in een tevoren vastgestelde volgorde uitgevoerd: dus na de eerste dwanggedachte de lichamelijke inspanning, na de tweede een huishoudelijke activiteit, enz. Bij mevrouw Droste zijn de morbide preoccupaties met succes op dezelfde wijze aangepakt. De verwachting is dat deze strategie ook bij de behandeling van morbide preoccupaties als noodlotsverwachting, schuldgevoelens, hypochondrie en pathologische jaloezie perspectieven biedt (vgl. Hoogduin & Troost, 1984).

3.4 Huishoudwang ')

Sommige vrouwen zijn perfectionistisch in hun huishouden, zonder dat dit abnormaal gevonden wordt. Onder invloed van veranderende omstandigheden, maar vaak zonder dat duidelijk is waarom, kan de wat dwangmatige huisvrouw zich ontwikkelen tot een vrouw voor wie een perfect lopende huishouding en een meer dan brandschoon huis een levensnoodzaak is geworden. Bij het realiseren van dit ideaal worden de andere gezinsleden op verschillende manieren tot medewerking gedwongen, bijv. doordat hun gevraagd wordt tal van rigide voorschriften op te volgen, maar ook doordat zij degenen worden die patiënte moeten geruststellen met betrekking tot de soms tientallen malen herhaalde vraag in hoeverre een bepaalde taak voldoende is afgewerkt. Voor vrijetijdsbesteding, aandacht voor de gezinsleden en andere belangrijke zaken is op den duur geen tijd meer. De huishoudwang neemt het hele leven in beslag. Bij de gezinsleden, die aanvankelijk conflicten hebben vermeden door maar met de wensen van patiënte mee te gaan, komt er geleidelijk meer verzet en kan er een crisis ontstaan. Als het zover is, wordt patiënte aangemeld voor behandeling.

Rachman (1976a) heeft dwangverschijnselen onderverdeeld in controle- en schoonmaakhandelingen en dwanggedachten. Bij de huishoudwang spelen deze drie categorieën alle een rol. Controleren of

*) Deze paragraaf is een beknopte versie van het artikel: Hoogduin, C.A.L., E. de Haan, W.A. Hoogduin, S.H. Hartman-Faber & R. Markveldt (1981), Over de behandeling van huishoudwang; toepassing van zelfcontrole-procedures in een relationele context. Kwartalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose 1 (3), 238 - 269.

het huis schoon genoeg is, wordt gevolgd door poetsen. De gedachten bestaan uit een voortdurend bezig zijn met huishoudelijke activiteiten die nog plaats moeten vinden, alsook uit het anticiperen op gebeurtenissen die het uitvoeren van het programma kunnen verstoren, zoals de thuiskomst van kinderen of plotseling bezoek. Daarnaast zijn er dwanggedachten die als inhoud hebben dat een bepaalde taak nu afgerond moet worden; wordt die taak niet uitgevoerd, dan ontstaat een gevoel van spanning dat pas afneemt wanneer de taak alsnog wordt afgemaakt. Wanneer 's-avonds laat het gehele programma ten slotte is afgewerkt, voelt de patiënte zich op een bepaalde manier tevreden. Deze satisfactie kan als een bekrachtiging van de huishoudwang opgevat worden (vgl. Röper, Rachman & Hodgson, 1973) waar bij de behandeling rekening mee gehouden moet worden.

Een groot probleem is de ambivalentie ten opzichte van de behandeling. Hoewel deze patiënten inderdaad door hun perfectionisme vastgelopen zijn in het huishouden, zijn zij er soms moeilijk van te overtuigen dat het noodzakelijk is een behandeling te ondergaan die tot een andere stijl van huishouden moet leiden. De grote bezwaren van de andere gezinsleden tegen de eisen die hun moeder of echtgenote hun oplegt, zullen soms motiverend kunnen werken. Daarnaast is het niet zo dat de patiënten met voldoening uren aan de ramen poetsen tot dat ene streepje ook verdwenen is. Wanneer er sprake is van een huishoudwang, is er ook sprake van onvrijwillig beleefde dwanggedachten ("Help, het wordt vuil") en onvrijwillig poetsen.

De behandeling is opgebouwd uit twee elementen: een zelfcontrole-procedure en een aanpak van de interactionele component.

Bij de zelfcontrole-procedure gaat het vooral om de beïnvloeding van de antecedente factoren: het vaststellen van een norm voor wat redelijk is op het gebied van huishoudelijk werk, stimuluscontrole, stimulus-responsinterventie. De gezinsleden worden o.m. bij de behandeling betrokken omdat zij een belangrijke rol (kunnen) spelen bij de bekrachtiging. Bovendien zullen huishoudelijke taken opnieuw verdeeld moeten worden.

Registratie en vaststellen van de norm

Met behulp van patiënte wordt een onderscheid gemaakt tussen huishoudelijk werk dat 'normaal' genoemd kan worden en huishoudelijk

werk dat als dwangmatig beschouwd moet worden. Meestal weet de patiënte dit verschil goed aan te geven, maar als ze dit niet kan, is het de taak van de therapeut om dit onderscheid aan te brengen, hierbij al dan niet geassisteerd door een gespecialiseerd gezinsverzorgster. Vervolgens wordt met de patiënte afgesproken dat zij precies zal bijhouden hoeveel tijd zij in de verschillende ruimten aan huishoudelijk werk besteedt. In overleg met haar wordt vervolgens de hoeveelheid tijd bepaald die aan het verrichten van de huishoudelijke taken binnen een ruimte besteed mag worden (bijv. voor een slaapkamer kunnen de 'normale' huishoudelijke activiteiten bestaan uit: bed opmaken en wat stof afnemen; hiervoor zal tien minuten nodig zijn). Bij de registratie wordt gebruikt gemaakt van een plattegrond (zie fig. 8).

Stimuluscontrole

Huishoudwang wordt bij dit programma dus niet verboden, maar beperkt in ruimte en tijd. Als er gekozen wordt voor een beperking in plaats, wordt een plattegrond van het huis gemaakt. Vervolgens wordt patiënte gevraagd een ruimte uit te kiezen waarbinnen ze geen dwanggedrag meer zal uitvoeren. Voor die 'dwangvrije' ruimte wordt een standaard-schoonmaakprogramma vastgesteld, d.w.z. een 'model'-schoonmaakprogramma waarin geen plaats is voor controles en/of herhalingen. Hierbij wordt de tijd die aan die ruimte mag worden besteed, vastgesteld, evenals het aantal malen dat er een handeling wordt uitgevoerd; bijv. één keer per week stofzuigen, één keer per week dweilen. Bij deze beperking in ruimte hoeft natuurlijk niet per sé aan kamers gedacht te worden; men kan ook bepaalde onderdelen van een ruimte, zoals meubels, ijskast e.d., geleidelijk 'dwangvrij' maken (vgl. Stern, 1977). Wanneer de dwang in tijd beperkt wordt, kunnen met de patiënten afspraken gemaakt worden over dwangvrije perioden. Aanvankelijk kunnen die heel kort zijn, bijv. enige minuten of zelfs enige seconden. Geleidelijk kunnen deze perioden uitgebreid worden.

Stimulus-responsinterventie

Voor de behandeling begint, inventariseert de therapeut de nuttige of gezellige bezigheden waaraan de patiënte door haar huishoudwang niet meer toekomt. Dergelijke bezigheden worden vervolgens in een

tevorens vastgestelde volgorde uitgevoerd wanneer de patiënte op het punt staat de overeengekomen beperking van het dwanggedrag te overschrijden. Wanneer bijv. de neiging om toch voor de tweede keer de keukenkast te controleren, te sterk wordt, kan zij een bezoek van een uur aan een buur of familielid brengen, een bijzonder toetje bereiden, e.d. Ook kan afgesproken worden dat ze, zo ze zich niet meer aan het programma houdt, direct met de therapeut contact opneemt (vgl. Stern, 1977; vgl. ook de zg. 'Delay'-therapie volgens Meyer, 1973).

Zelfbestrafing

Over de in de vorige paragraaf besproken bezigheden kan ook afgesproken worden dat de patiënte deze, als ze zich niet aan de beperking van de dwang houdt, onmiddellijk daarna uitvoert. Deze activiteiten worden weliswaar als nuttig, gewenst of zelfs als noodzakelijk beleefd, maar hebben niettemin aversieve aspecten.

Beëindiging van de bekrachtiging door de gezinsleden

De overige gezinsleden kunnen een grote betekenis hebben bij het ontstaan en instandhouden van de huishoudwang (vgl. Hoogduin et al., 1977; Röper, 1977; Hand et al., 1977). Wanneer in de taxatiefase duidelijk wordt dat hier aanwijzingen voor zijn, zullen zij zeker bij de behandeling betrokken moeten worden, maar ook wanneer deze aanwijzingen ontbreken of minder relevant lijken, is het van belang hun medewerking bij de uitvoering van het programma te verkrijgen. Dit geldt zeker voor de partner van wie bijv. gevraagd kan worden dat hij niet toegeeft aan zijn neiging om zijn vrouw allerlei karweitjes uit handen te nemen. Huishoudelijk werk dat goed gedaan wordt, wordt meestal door de andere gezinsleden gewaardeerd. Zelfs bij een perfectionistisch uitgevoerd huishouden is het moeilijk voor de gezinsleden niet positief te reageren; ze doet immers zo haar best. Wanneer een vrouw met een huishoudwang zich onder behandeling stelt, is er van deze waardering van de andere gezinsleden meestal nog maar weinig over. De gezinsleden zijn vaak in grote mate bij de dwang betrokken geraakt. Soms mogen ze geen stap meer verzetten in huis: er kan immers weer wat vuil worden. Ook is het mogelijk dat ze bij de controle-activiteiten ingeschakeld worden. De patiënte vraagt steeds opnieuw of een bepaalde huishoude-

lijke taak goed genoeg is uitgevoerd. Door op de verlangens en de vragen in te gaan, bekrachtigen de gezinsleden dit gedrag. De behandeling zal erop gericht moeten zijn dit patroon te doorbreken. Op vragen van patiënte of een bepaalde handeling goed uitgevoerd is, zullen de gezinsleden patiënte adviseren zich terug te trekken naar een rustige kamer, bijv. een zolderkamer (vgl. Hoogduin et al., 1977). Aan de eisen die patiënte aan de gezinsleden oplegt, zal geleidelijk minder tegemoet gekomen worden. Wanneer deze veranderingen opgelegd worden, ontstaat er meestal alleen maar meer weerstand, met als gevolg dat er heftige conflicten ontstaan. Beter is het de vrouw zelf te laten bepalen welke consequenties het heeft wanneer zij nog dergelijke eisen stelt. Het door de patiënte zelf laten registreren van de frequentie van haar eisen en verlangens - nadat de knechtende betekenis (herinterpretatie) van dit gedrag is uitgelegd - kan een aanzienlijke afname van dit gedrag geven. De patiënte is erin geslaagd met behulp van haar dwanggedrag de dienst in huis uit te maken. Wanneer dit dwanggedrag afneemt, is het belangrijk dat de patiënte op een ander vlak zichzelf in het gezin kan blijven manifesteren. Dit kan gebeuren doordat zij bijv. het financiële beheer op zich neemt of een actievere rol gaat vervullen bij de opvoeding en scholing van de kinderen.

Voorbeeld

Mevrouw Van der Geijn is 31 jaar wanneer zij aangemeld wordt voor de behandeling van een huishoudwang. Zij is getrouwd en heeft twee zoontjes - 3 en 7 jaar oud -. Haar echtgenoot is werkzaam als bouwvakker, daarbij heeft hij 's-ochtends een krantenwijk. Mevrouw Van der Geijn is van 's-ochtends 7 uur tot 's-avonds laat onafgebroken in het huishouden bezig. Voor buitenstaanders lijkt het alsof ze iedere dag de grote schoonmaakbeurt aan het huis geeft. Daarnaast heeft ze de neiging ieder vlekje steeds opnieuw te behandelen. Ze controleert deze plekken en ook wanneer echtgenoot en kinderen zeggen dat er niets meer te zien is, gaat zij toch weer diezelfde plek schoonpoetsen. Er kan alleen vrijdags gebaad worden, omdat zij geen tijd heeft het drie uur durende schoonmaken van de badkamer vaker te doen. Alle kasten worden iedere dag gedaan. Strijkgoed blijft liggen; aan verstellen komt zij niet toe. Zij gaat nooit meer op bezoek. De kinderen worden naar oma gestuurd. Problemen binnen

de relatie worden ontkend, hoewel er de laatste tijd grote conflicten zijn over de manier waarop zij het huishouden doet. De man is een goedwillende, ouderwetse man die zijn echtgenote nadrukkelijk voorhoudt hoe een vrouw zich hoort te gedragen. De sexuele relatie is goed, voor beiden bevredigend. De man komt 's-avonds rond 6 uur thuis; hij zorgt dan voor het eten en brengt vervolgens de kinderen naar bed. Wanneer zijn vrouw de wanhoop nabij is, wordt hij ingeschakeld. Ze vraagt hem dan of ze mag stoppen met een bepaalde huishoudelijke taak. Gedurende de avond spoort de man zijn echtgenote herhaaldelijk aan om op te houden en bijv. eens even gezellig koffie te komen drinken. Zij gehoorzaamt hem dan om een paar minuten later weer door te gaan met werken. Mevrouw Van der Geijn is twee jaar geleden gedurende een viertal maanden opgenomen geweest; daarna is ze steeds onder poliklinische behandeling gebleven. Door vertrek van haar therapeut is zij op onze polikliniek aangemeld.

- Het vaststellen van de norm, de registratie

Met behulp van een gespecialiseerd gezinsverzorgster die mevrouw Van der Geijn twee ochtenden per week zal helpen met haar programma's, wordt een standaard-schoonmaakprogramma samengesteld.

- Stimuluscontrole

Voor de behandeling wordt gekozen voor een beperking in plaats en een beperking in tijd. Dit gebeurt op de volgende manier: tijdens de zittingen wordt een bepaalde ruimte door patiente aangewezen (daartoe uitgenodigd door de therapeut) die ze overeenkomstig de normen van het programma zal schoonmaken. Er is een plattegrond van het huis gemaakt waarop alle ruimten aangegeven zijn (zie fig. 8).

Wanneer in een bepaalde ruimte op 'normale' wijze het huishouden gedaan wordt, kan dit aangegeven worden in de plattegrond door de ruimte van een kruis te voorzien. Er wordt ook een lijst gemaakt van alle huishoudelijke activiteiten die niet iedere dag, maar bijv. eenmaal per week of eenmaal per vier weken hoeven te worden gedaan, maar die mevrouw Van der Geijn dagelijks doet (dit zijn zaken als de trap soppen, de glazenkast soppen, de glaasjes afstoffen, ramen zemen, berghok soppen - met soppen wordt bedoeld: zeer grondig met zeepsop reinigen -, zilver poetsen, lampen

schoonmaken, etc.). Ook op deze lijst worden de activiteiten wanneer ze volgens het standaard-programma worden uitgevoerd, doorgestreept. Mevrouw zelf kiest tijdens de zittingen welke activiteit zij voortaan eenmaal per week in plaats van dagelijks zal doen.

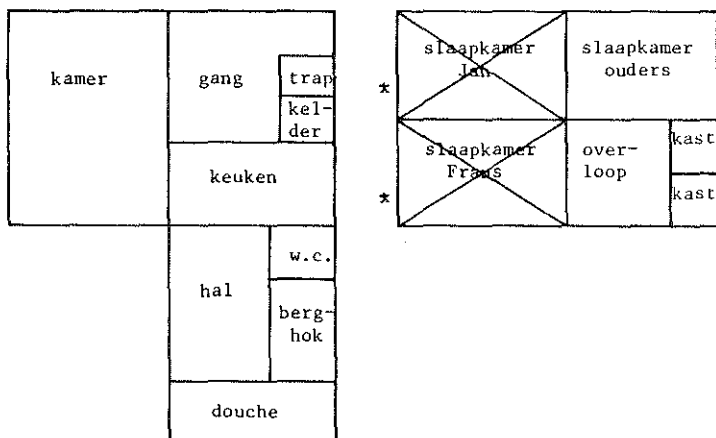


Fig. 8: Plattegrond van het huis van mevrouw Van der Geijn;

* ruimte waar geen dwanghandelingen meer plaatsvinden.

- Stimulus-responsinterventie

De afspraak wordt gemaakt dat mevrouw Van der Geijn zodra ze denkt zich niet aan de afspraken te kunnen houden, contact op zal nemen met de therapeut. Dit gebeurt geen enkele keer. Wel belt ze eenmaal de therapeut nadat ze naar een van de slaapkamers terug is gegaan om nog even iets af te poetsen. Op de vraag van de therapeut welke sanctie hierop moet volgen, antwoordt ze dat ze het heel erg zou vinden die dag de ijskast niet te mogen schoonmaken; aldus wordt afgesproken.

- Inschakeling van de echtgenoot bij de behandeling

Daar mevrouw Van der Geijn de gehele dag met het huishouden bezig is, is haar echtgenoot geleidelijk steeds meer dingen gaan doen die

aanvankelijk tot haar taak behoorden. Zo zorgt hij voor de kinderen en maakt het avondeten klaar. Er wordt afgesproken dat mevrouw deze taken geleidelijk aan weer terugkrijgt. Wanneer zijn vrouw hem om hulp vraagt, zal de heer Van der Geijn dit registreren. Na deze registratie-opdracht stopt mevrouw Van der Geijn met het vragen om hulp van haar echtgenoot.

Met het echtpaar wordt ook de beperkte vrijwilligheid waarmee de huishoudwang wordt uitgevoerd, besproken.

Wanneer gedurende de zittingen nieuwe afspraken gemaakt moeten worden, stelt de heer Van der Geijn steeds een grote stap voor, bijv. om vanaf vandaag de gehele bovenverdieping 'normaal' te doen. Hiermee biedt hij de therapeut de gelegenheid de kant van mevrouw te kiezen door een voorstel tot een kleinere stap te doen.

Ten slotte heeft de man door zijn warme belangstelling voor de eerste kleine verbeteringen van zijn vrouw in belangrijke mate bijgedragen tot verdere verbetering.

De behandeling heeft 15 zittingen - verspreid over negen maanden - in beslag genomen. Geleidelijk is mevrouw Van der Geijn erin geslaagd haar huishouden op een aanvaardbare manier te gaan doen.

Bij een follow-up, acht maanden later, is hierin een verandering gekomen. De relatie met haar man en kinderen is gedurende die acht maanden verder verbeterd.

3.5 Kinderen met een dwangneurose

Het optreden van dwangverschijnselen bij kinderen is niet ongevoel. Deze verschijnselen hebben meestal een tijdelijk karakter en kunnen opgevat worden als behorend bij de leeftijdsfase. De dwangverschijnselen bij kinderen kunnen echter ook zo toenemen dat het kind en het gezin er ernstig onder gaan lijden. Het kind wordt volledig in beslag genomen door de dwang en doet een beroep op zijn omgeving om hem te helpen. Bij de ouders ontstaat wanhoop, later vaak ook irritatie, angst en bezorgdheid (vgl. Judd, 1965).

Het 'dwang'-kind heeft de behoefte anderen bij het oplossen van zijn problemen te betrekken (vgl. ook Kanner, 1966). Het kind dwingt de mensen (vooral de ouders) uit zijn directe omgeving hem te helpen; het stelt vragen die zo wijsgerig en diepzinnig zijn dat er

geen antwoord op te geven is of het vraagt naar het waarom van allerlei triviale dingen. Vaak ook moeten de ouders en andere mensen uit de omgeving meedoen met de dwanghandelingen. Ondanks alle inspanningen van de omgeving om het kind zo goed mogelijk te helpen, blijven de vragen en rituelen bestaan en nemen ze zelfs in hevigheid toe. Door te antwoorden op de vragen of door mee te doen bij het uitvoeren van de dwanghandelingen, kunnen de ouders de kinderen in het begin nog wel helpen. Zij slagen erin het soms zeer wanhopige kind wat gerust te stellen, maar niet voor lang. Hoe goed zij hun best ook doen, het (dwang)vragen en de dwanghandelingen komen steeds weer terug. Het kind blijft om hulp vragen en het wordt langzamerhand duidelijk dat de geboden hulp niet voldoende is. Dwangverschijnselen kunnen gezien worden als een middel om de relatie met de andere gezinsleden te beheersen of te regelen (vgl. Kanner, 1966; Hersov, 1977). Deze beschrijving sluit aan bij de communicatieve betekenis die Haley (1963) aan symptoomgedrag toeschrijft.

De literatuur over dwangproblemen bij kinderen is schaars en komt vooral uit de psycho-analytische richting. Over de behandeling wordt geen gedetailleerde informatie gegeven. Wel worden er uitspraken gedaan over de gezinnen en de ouders van kinderen met deze problematiek:

- Ten minste één van de ouders is dwangmatig (Asperger, 1965; Mussen et al., 1969; Kanner, 1966; Rachman, 1976a).
- De ouders zijn overbezorgd en beschermen hun kinderen overmatig (Rachman, 1976a).

Adams (1972) onderzocht de gezinnen van 30 kinderen met dwangverschijnselen en kwam tot de volgende conclusies:

- De ouders zijn verbaal hyperactief en motorisch hypo-actief.
- Er is een sterke waardering voor conventies en etiquette.
- Sociale isolering wordt in deze gezinnen hoog gewaardeerd.
- Er wordt grote nadruk gelegd op netheid.
- 'Goed zijn' is niet een doel op zich, maar is een middel om beter te zijn dan anderen.
- Veel tijd en moeite worden besteed aan geldzaken: niets krijg je voor niets, alles moet verdiend worden; de voorkeur gaat uit naar een sober leven.

Kinderen die met dwangverschijnselen worden aangemeld, zijn meestal ouder dan 10 jaar (Kanner, 1966), hoewel in de literatuur incidenteel over jongere kinderen met dwangverschijnselen gerapporteerd wordt (Despert, 1955; Kringlen, 1965).

Het optreden van dwangverschijnselen in de puberteit is niet ongewoon; deze verschijnselen kunnen vaak een tijdelijk karakter hebben (Pollitt, 1957; Barker, 1971; Mussen et al. 1969).

De behandeling van David

De verwijzing:

David, 12 jaar oud, wordt door zijn behandelend psychiater voor onderzoek verwezen. Uit de begeleidende brief het volgende: "David heeft sinds een verblijf in Zeeland - vier maanden geleden - vele angsten en dwangrituelen. Gedurende deze vakantie had hij een ritueel van strijken langs bedden en stoelen niet af kunnen maken. Sindsdien dacht hij dat 'een stuk van zijn geest' achtergebleven was. Langzamerhand is de hele familie betrokken geraakt bij zijn angsten en dwangrituelen".

De voorgeschiedenis:

David is het tweede kind van vijf; zijn oudere broer zit in de vijfde klas van het Atheneum; David zit in de eerste klas; de andere kinderen volgen lager onderwijs. Vader werkt als adviserend geneeskundige bij een verzekeringsmaatschappij. Hij is een intelligente, preciese, wat overcorrecte, kleine man, die bereid lijkt alles te doen wat maar goed lijkt voor zijn gezin. Moeder is zo mogelijk nog vriendelijker en correcter dan vader; zij werkte in het verleden als doktersassistente. Sinds vier jaar heeft David gedachten die hem dwingen bepaalde zaken te doen. Deze 'gedachte-stem' zegt hem: raak de stoel aan of gooi dat stuk papier weg. Sinds de paasvakantie werden de klachten hinderlijker. Hij had de angst een stuk van zijn geest kwijt te raken. Om deze onzekerheid te beëindigen vroeg hij zijn ouders (vooral zijn vader) hem te antwoorden op vragen als: "Ben ik mijn geest nu kwijt?", of: "Heb ik alles goed aangeraakt?" Dit vraaggedrag nam dusdanige vormen aan dat vader (het gedrag trad vooral in de avond en nacht op) onmiddellijk na het eten ging rusten om in de nachtelijke uren allerlei rituelen en vragen rond de rituelen van zijn zoon door te kunnen nemen.

Vlak voor zijn aanmelding heeft David een fles vastgehouden waar hij 'in zijn gedachten' een slang uit heeft zien komen die hem mogelijk gebeten heeft. Sindsdien wordt hij gekweld door de vraag of zijn bloed nu veranderd is in slangebloed of niet.

In september stopte hij al zijn medicatie. Hij gebruikte in wisselende doseringen Trilafon, Valium en Dalmadorm. Deze medicatie had geen invloed op zijn symptomen. Sinds één maand wordt hij door zijn gedachten verhinderd om naar school te gaan. Ondanks alle aansporingen van zijn ouders, leraren en klasgenoten, kan hij het niet opbrengen zijn lessen te gaan volgen.

De behandeling:

De behandeling nam zeven zittingen in beslag met een tussenperiode van één of twee weken. Het verloop van de behandeling wordt weergegeven door een verslag van de zittingen.

1e zitting

Aan de orde komen achtereenvolgens:

- a. de dwangrituelen;
- b. het dwangmatig vragen;
- c. het schoolverzuim.

De ouders bevelen hun zoon op vragen van de therapeut antwoord te geven. David zwijgt en kijkt omlaag. Het is opvallend hoe gemakkelijk dit vriendelijke, over-correcte ouderpaar overschakelt op een snauwerig dwingende, eisende spreektrant, wanneer zij het woord tot David richten. Onmiddellijk aansluitend wordt op een vriendelijke wijze voor David geantwoord. Met een "Is het niet zo, David", waarop David knikt, wordt de zaak afgehandeld. David zegt gedurende de zitting nauwelijks iets. Aan het einde van de zitting vertrouwt hij de therapeut toe geen enkel heil van de behandeling te verwachten.

ad a.: De dwanggedachten worden vergeleken met religieuze gedachten.

Ook daar is het verstand niet in staat alles te bevatten, terwijl het gevoel, het geloof, de twijfel toch ook een grote betekenis heeft. Het zich op 12-jarige leeftijd durven be-
geven op dit religieus-filosofische terrein vereist moed.

De therapeut vertelt dat David door zijn moed op dit moment meer vragen heeft losgewoeld, dan hij zal kunnen beantwoorden. De rituelen moeten als consequenties hiervan gezien worden.

Tevens wordt gewezen op de leeftijd van David. De puberteit is de periode die - zoals zo vaak gezien wordt - zich bij uitstek leent voor dit soort wijsgerig denken.

ad b.: Hoewel David deze vragen zelf als consequenties van zijn religieus-wijsgerig bezig-zijn heeft opgeworpen, lijkt het voor de hand liggend dat hij zijn vader - die door hem zeer bewonderd wordt - om antwoorden vraagt. Vader en ook moeder zijn echter niet in staat om deze vragen te beantwoorden, omdat zij zich niet op dit religieus-wijsgerig terrein bewegen. David is de enige die de antwoorden, de oplossingen op deze vragen kan bedenken. Het is echter noodzakelijk dat David een ruimte krijgt waar hij zich zonder afgeleid te worden, kan concentreren. Er moet dus een ruimte als 'concentreer-ruimte' voor David gereserveerd worden. Wanneer David opnieuw een vraag aan vader of moeder zal stellen, zullen dezen hem antwoorden: "Jij bent de enige die het antwoord op de vraag kan bedenken; ga je maar concentreren in je kamer". Met de ouders kan deze afspraak gemaakt worden, terwijl ook David door ja te knikken, zegt akkoord te gaan met de procedure. Ook stemt hij in met een verzoek om te monitoren: hij zal het aantal minuten concentreren per dag registreren.

ad c.: Op vragen van de ouders naar aanleiding van zijn schoolverzuim wordt door de therapeut een duidelijk standpunt ingenomen (David was op de lagere school een van de beste leerlingen): "Er moet nu eerst aan zijn persoonlijkheid gewerkt worden; of hij nu een jaar eerder of later dokter wordt, maakt toch niets uit? Nee, laat die school maar rusten ...".

2e zitting

De op de eerste zitting ingestelde strategie wordt voortgezet. Zijn goede intelligentie wordt nog eens naar voren gebracht om hem gerust te stellen over de gevolgen van zijn schoolverzuim. Eerst nu wordt duidelijk hoe moeilijk het is voor de ouders om iets aardigs voor hem te doen. Vader meent bijv. dat fietsen goed zou zijn voor David. Wanneer hij dit naar voren brengt, antwoordt David: "Ik wil heel graag fietsen, pappa, maar het vervelende is dat ik er geen zin in heb",

waarop vader de therapeut wanhopig aankijkt. Het: "Dan ben je er nog niet aan toe" van de therapeut geeft de richting aan van de benadering.

3e zitting

David interesseert zich meer voor zijn omgeving; hij gaat meer naar buiten, fotograferen, schaatsen en gitaar spelen. Bij het gesprek wordt hij actiever. Hij zegt de therapeut de zin van de behandeling in het geheel niet te zien. Na deze opmerking kijkt de therapeut wat ongelukkig naar de ongelukkig kijkende ouders, terwijl David voor het eerst lacht. Nadat zijn ouders geen antwoord meer gaven, is er een ernstige crisis geweest. David dreigde met het plegen van zelfmoord als ze geen antwoord gaven. David praat er nu over reeds dood te zijn. Na enige uitleg van zijn kant blijkt hij, wanneer hij zegt dood te willen zijn of dood te zijn, het gevoel te hebben dood te zijn. De ouders blijken al jaren niet meer samen uit te gaan. Moeder zou dit erg graag willen. Ze worden gestimuleerd dat weer eens te doen.

4e en 5e zitting

David eist niet meer van zijn vader hem te antwoorden, maar hij vertelt het niet meer vol te houden. Hij zegt zo geplaagd te worden door allerlei gedachten en spanningen dat hij geen perspectief meer ziet. Hier wordt op ingehaakt en met begrip voor zijn onhoudbare toestand wordt David een medicatie aangeboden. Dit medicament zal zijn klachten doen verminderen. David heeft echter bij herhaling gezegd geen medicijnen te willen gebruiken op nogal aannemelijke gronden: medicijnen stellen het oplossen van de problemen alleen maar uit en na het stoppen van de medicijnen komen de problemen in alle ernst weer terug. Wanneer het werkelijk onhoudbaar voor hem wordt, kan hij volstaan met een telefoontje; hij zal dan tijdelijk een medicatie kunnen krijgen. Ondertussen nemen zijn activiteiten buitenshuis toe. Zijn ouders bevestigen nog eens dat hij dan eigenlijk volledig symptomvrij functioneert. Daarnaast blijken vader en zoon nog steeds veel samen te doen, maar er heeft een verschuiving plaatsgevonden van vragen door David en zonder succes proberen te antwoorden door vader naar samen sporten en fotograferen.

De volgende afspraak wordt door vader afgebeeld: David zou zich zo slecht voelen dat hij niet op de afspraak kan komen. Er wordt een afspraak gemaakt voor zes dagen later.

6e zitting

Op deze zitting wordt naar voren gebracht dat het voor David misschien beter zou zijn te verhuizen naar een groter huis; hij slaapt met zijn zusje op één kamer. De mogelijkheden van kamer te wisselen of een ander huis te betrekken, worden uitgebreid besproken. Plots barst David los: "Zit niet zo te zeuren over huizen. Ik moet geholpen worden". De therapeut antwoordt op dit moment geen ander onderwerp meer te weten en vraagt David of hij een beter onderwerp weet. David stelt zoals steeds de behandeling weer ter discussie - dat er niets verandert - en dat zijn komst naar de therapeut eigenlijk zinloos is. Ook nu wordt de omschrijving van David aangehaald: hier komen is waardeloos, maar niet komen is niet beter. David kan een triomfantelijk lachje niet verborgen houden: een behandeling is noodzakelijk, maar deze manier van behandelen deugt niet. Hij vertelt dat hij de dag vóór de zesde zitting een gesprek heeft gehad met de conrector van zijn school over zijn achterstand op school.

7e zitting

Er komt een ander gezin binnen: David vlot pratend, lachend; de ouders opgewekt, ontspannen. David blijkt weer min of meer normaal binnen het gezin te functioneren: "Zoals vroeger". Op verzoek van het gezin wordt de behandeling voorlopig afgesloten. Wanneer het gezin de spreekkamer verlaten heeft, keert vader terug en zegt de therapeut toch echt wel dankbaar te zijn voor al de gedane moeite.

Bespreking

De herformulering van de problematiek, het voorschrijven van het symptoom, het wegnemen van de bekrachtiging, het gebruik van een time-out en een zelfmonitoring vormen de basis van de beschreven behandeling.

- De klachten van David blijken samengevat te kunnen worden als dwangverschijnselen die voor hem aanleiding zijn vragen te stellen aan zijn ouders (later alleen aan zijn vader), terwijl dezen ondanks al hun inspanningen niet in staat zijn deze vragen op voor David bevredigende wijze te beantwoorden.

Zowel David als zijn ouders zien de dwangrituelen als een ziekte met als implicatie dat bij de dokter genezing gezocht wordt. De herformulering van de verschijnselen als uitingen van een diepzinnig religieus-wijsgerig denken van iemand die verkeert in een levensfase waarin men zich kritisch opstelt (de puberteit) legt verantwoordelijkheid voor de verschijnselen bij een 'niet zieke'.

- De eerste zittingen werden gebruikt om het gezin te motiveren het advies uit te voeren. Vaak zijn er meerdere zittingen nodig, omdat de ervaring leert dat het gezin 'lekkers' zoekt en vindt, waardoor veranderingen tegengegaan worden. Deze 'lekkage' kan bestaan uit: af en toe toch vragen beantwoorden, vragen stellen in de vorm van uitspraken en daar bevestiging voor zoeken, andere tot nu toe minder betrokken gezinsleden erbij betrekken, of gewoon dreigen met agressief gedrag of plegen van zelfmoord als niet op gestelde vragen wordt ingegaan. Wanneer het advies ten slotte effect sorteert, is het niet ongewoon dat er een gezinscrisis ontstaat. Dit uit balans zijn van het gezinssysteem kan noodzakelijk zijn voor verandering van individuen binnen dat gezin en een herstructurering van het gezinssysteem (Minuchin, 1973, blz. 148 e.v.).
- Binnen het gezinssysteem was een hevige machtsstrijd ontstaan. Door middel van dwangverschijnselen en vraaggedrag controleerde David de gezinsrelaties. Na blokkering van het antwoordgedrag van vader bloeide deze machtsstrijd met vader en de therapeut op: "Als ik geen antwoord krijg, spring ik van het balkon", of tegen de therapeut: "Ik kom niet meer, want dit helpt toch niet". Bij de behandeling kwam er één congruente opdracht van de therapeut aan David aan de orde, nl. het verzoek tot registratie. Dit werd door David niet of zeer onvolledig uitgevoerd. David keek gedurende de gesprekken de therapeut slechts sporadisch aan. Met zijn houding leek hij aan te willen geven er niet bij te willen horen. Na enkele onsuccesvolle pogingen rechtstreeks met David te communiceren, werd er voor gekozen uitgebreid aan zijn gezinsleden weer te geven wat David over een aantal zaken zou vinden. Wanneer deze opmerkingen een zeer onbenullig karakter aannamen, hield David het niet langer uit en spuide zijn kritiek op de therapeut direct. Wolbergs op-

merking: "The obsessional is an expert in 'one-upmanship' lijkt voor David geschreven (Wolberg, 1967).

- Er treedt symptoomverschuiving op van dwangrituelen naar wanhoop en depressie, maar ook met deze klachten worden vader en de therapeut in een machteloze positie geplaatst.
- Met betrekking tot zijn schoolverzuim wordt gekozen voor meegaan met de weerstand (Hoogduin & Joele, 1977). Het niet naar school gaan wordt aanvaard als een verstandig besluit. Op een indirecte manier wordt echter gestreefd naar hervatting van het schoolbezoek. Formuleringen als: "Jij met je goede intelligentie kan best aan jaar missen, eerst maar eens aan jezelf werken" en "Je bent er nog niet aan toe" zijn bruikbaar. Hij kan natuurlijk best een jaar missen, maar een jongen met zo'n hoog streefniveau (een van de besten van de klas) wil geen jaar missen. Op het moment dat de behandeling beëindigd werd, kon het gezin een moeilijke periode afsluiten. Over de prognose bleef echter onzekerheid bestaan. Drie jaar later blijkt David een ernstig recidief gekregen te hebben, waarvoor opnieuw behandeling gezocht werd.

Kinderen met dwangverschijnselen kunnen met een variant van de voor volwassenen met dwangverschijnselen ontwikkelde strategie eveneens geholpen worden. Het hyperverbale omgaan tussen ouders en kind zal gewijzigd dienen te worden in een meer concrete vorm van samen dingen doen. De prognose van kinderen met dwangverschijnselen zou gunstiger zijn dan die bij volwassenen (Barker, 1971). Met de hier beschreven strategie zijn alle op de polikliniek aangemelde kinderen (n = 5) in eerste instantie bevrijd van hun dwangverschijnselen (zie Hoogduin & De Haan, 1984). Een tweetal heeft echter in de daarop volgende tijd (één na drie jaar en één na zes maanden) een recidief gekregen; één van hen is opnieuw behandeld en klachtenvrij geworden.

3.6 Complicaties ')

Wanneer over een nieuwe, succesvol gebleken therapie gepubliceerd

')

Deze paragraaf is een verkorte versie van het artikel: Hoogduin, C.A.L. (1982), Complicaties bij directieve behandeling van dwangverschijnselen. Kwartaalschrift Directieve Therapie en Hypnose 2 (2), 161 - 178

wordt, is het gebruikelijk deze met goed verlopen behandelingen te illustreren. Ten onrechte kan hieruit de idee ontstaan dat alle toepassingen van de strategie zo succesvol zijn geweest (vgl. Van Dyck et al., 1980a), of dat de succesvolle strategie plots kant en klaar voorhanden was. In werkelijkheid gaat de ontwikkeling van een bepaalde aanpak met vallen en opstaan; de strategie wordt steeds bijgeslepen tot er ten slotte soms een bruikbare en mogelijk overdraagbare benadering ontstaat.

Het kan nuttig zijn enige complicaties die kunnen optreden bij de behandeling van dwangproblemen te bespreken, vooral wanneer hierdoor voorkomen zou kunnen worden dat andere patiënten bij andere therapeuten dezelfde ervaringen zouden moeten opdoen als de hier besproken patiënten. In deze paragraaf worden aan de hand van een aantal mislukte behandelingen de problemen besproken die zich bij de behandeling van patiënten met dwangverschijnselen hebben voorgedaan:

- een vrouwelijke patient die bij de satiatie-oefening (het zelf oproepen van de dwanggedachten) nieuwe, nog vervelender dwanggedachten krijgt;
- een mannelijke patient die ten slotte weigert te registreren;
- een vrouwelijke patient bij wie zich diagnostische problemen voordoen;
- en een man bij wie de therapeut er niet in slaagt de bekrachtiging van het symptoomgedrag door de partner te beëindigen.

De beschrijving van de behandelingen wordt gevolgd door een bespreking waarin geprobeerd wordt aan te geven hoe dit verloop vermeden had kunnen worden.

Problemen bij de behandeling van dwanggedachten

Wanneer dwanggedachten kort bestaan, is na het geven van het advies deze gedachten op een vast tijdstip op te roepen, nog wel eens een dramatische verbetering te zien. Patiënten vertellen de volgende zitting dat ze er soms in het geheel niet in geslaagd zijn de gedachten op te roepen. Wanneer de gedachten langere tijd bestaan, komen dit soort spectaculaire veranderingen minder vaak of misschien zelfs niet voor. Wanneer de patient ophoudt de neutraliserende gedachten te gebruiken en de partner geen antwoord meer geeft op vragen, ontstaat er na het voorschrijven van dwanggedachten vaak een crisis.

Het is min of meer onvermijdelijk dat deze crisis komt en het is daarom goed de gezinsleden en de patient hierop voor te bereiden. De patient is vaak wanhopig. Wanneer de therapeut erin slaagt de patient te overtuigen dat deze crisis niets te betekenen heeft met betrekking tot een verbetering, kan dat de patient helpen de moeilijke tijden door te komen. Het verhaal van Rachman (1976b) kan hierbij nuttig zijn. Aan de patient wordt verteld dat bij het niet toegeven aan neutraliserende activiteiten (ritueel, vraaggedrag aan partner, neutraliserende gedachte of activiteit) de spanning op zal lopen. Maar hoe erg de spanning ook wordt, na een uur treedt er alweer vermindering op, terwijl na drie uur deze spanning vrijwel verdwenen zal zijn. Twijfel en onzekerheid komen helaas nogal eens voor bij een patient met een dwangneurose; ook twijfel aan de juistheid van de mededelingen van de therapeut (vgl. bijv. Van der Velden, 1981). Deze twijfels kunnen opnieuw een crisis veroorzaken. Hoewel het risico bestaat dat de patient van een aanbod bij ernstige crises de therapeut te bellen, erg vaak gebruik zal maken, kan telefonische bereikbaarheid toch gewenst zijn. Hiermee is niet gezegd dat de therapeut die bereikbaarheid alleen dient te verzorgen. Een team waarvan de leden op de hoogte zijn van elkaars werkwijze kan deze service natuurlijk in een dienstregeling verzorgen. Wanneer het contact-zoeken uit de hand loopt, kan het koppelen van een consequentie aan het telefoneren overwogen worden (bijv. het reserveren van een klein geldbedrag voor een goed doel).

De patient met dwanggedachten

Mevrouw Janssen, een 35-jarige onderwijzeres, gehuwd met een tandarts, heeft na de geboorte van haar tweede kind gedurende een jaar last gehad van ernstige dwanggedachten. Zij is bevreesd voor de impuls om haar jongste kind, maar later ook andere kinderen, nog later ook volwassenen, bij de keel te grijpen en te wurgen. Deze klachten zijn geleidelijk weer verdwenen. Twee jaar later besluit het paar dat het aan een derde kind toe is. Gedurende de zwangerschap en tijdens de bevalling voelt ze zich - zoals ze zegt - volmaakt gelukkig. Vier maanden na de bevalling recidiveren de klachten. Ook nu wordt zij in beslag genomen door de angstige gedachte dat zij plots haar kinderen of andere kinderen of andere mensen bij de keel zal grijpen. Daarnaast

ontstaat een sombere stemming met depressieve preoccupaties, zoals: "Je bent een slechte moeder, wie denkt nu zoiets" en "Je wordt nooit meer beter". Ze heeft een goede relatie met haar partner, met haar familie heeft ze nooit ruzie; iedereen vindt haar aardig. Ze bespreekt de haar kwellende gedachten met haar man die haar gerust probeert te stellen, wat soms helpt. Op vragen aan haar man of ze tot een dergelijk moordzuchtig gedrag in staat zou zijn, antwoordt de man ontkennend. Ze heeft 'neutraliserende' gedachten die soms wat rust brengen. Deze luiden: "Ik doe dat soort dingen nooit, ik bedoel het juist goed" of "Je zal zien dat je het ten slotte niet doet, omdat je je kinderen groot wil zien worden". Alleen zijn met de kinderen maakt haar zeer angstig. Geleidelijk aan durft ze nauwelijks meer naar buiten: "Ik vlieg de mensen misschien aan". Ze belt haar moeder op om op bezoek te komen of gaat wanneer ze alleen is met de kinderen bij anderen op bezoek. Voorts moet vermeld worden dat zij vanaf haar achtste jaar af en toe religieus getinte dwanggedachten heeft gehad.

Zij krijgt de opdracht de inhoud van haar gedachten uitvoerig te noteren om haar man verslag te kunnen doen op een vast tijdstip van de avond. Zijn houding zal vriendelijk en begrijpend zijn en hij zal haar stimuleren zich aan de afspraken te houden die zij met haar therapeut heeft gemaakt. Hij zal haar vragen om geruststelling niet langer beantwoorden. Daarnaast krijgt zij satiatie-oefeningen; zij zal gedurende een kwartier per dag de gedachten die in haar opkomen uitvoerig uit gaan denken. Ze zal zich niet langer verzetten tegen deze gedachten, maar ze uitdenken in al hun verschrikkelijke consequenties. Dit laatste advies wordt in de derde zitting na de aanmelding gegeven. Volkomen ontredderd belt ze na zes dagen op met het verzoek om een spoedafpraak.

Bij deze zitting blijkt dat patiënte tijdens de satiatie-oefeningen seksuele lustgevoelens ontwikkelt. Dit zou niet zo erg zijn, ware het niet dat ze in aansluiting daaraan de nieuwe dwanggedachte ontwikkelt dat: "Ik nog erger ben dan een moordenaar; ik word seksueel opgewonden bij de gedachte aan een moord; ik ben pas echt een slechte vrouw". Ze wordt suïcidaal. De therapeut wordt sterk aangesproken door haar ontredderde toestand en besluit de satiatie-oefeningen te stoppen en eerst deze crisis te bestrijden. Hij geeft anxiolytische

medicatie en verhoogt de frequentie van de zittingen van eenmaal per tien dagen tot eenmaal per drie dagen. Voorts geeft hij ontspanningsoefeningen en structureert haar dagelijkse taken, waarmee geprobeerd wordt weer enige greep op het dagelijks leven te krijgen. Ten slotte zet een verbetering in.

Bespreking

Bij het doen van oefeningen krijgt mevrouw Janssen seksuele lustgevoelens en de dwanggedachte: "Ik ben een lustmoordenaar". In deze ontredderde toestand komt ze bij de therapeut. Deze besluit om de strategie te stoppen. In de daarop volgende weken gaat het slechter en met veel kunst en vliegwerk kan een opname nog juist voorkomen worden.

Patienten zijn meestal niet gemakkelijk voor een satiatie-programma te motiveren. De therapeut kan de toelichting van Rachman (1976b) hanteren: "Leer op deze manier een vaardigheid om beter met de dwanggedachten om te gaan". Ook opmerkingen als: "Er zijn veel patienten die door deze strategie geleerd hebben weinig last te hebben van hun nare gedachten, etc." kunnen hierbij helpen. Zeker is dat therapieën vooral werkzaam zijn als de therapeut hoop op verbetering kan wekken. Zodra de therapeut op grond van complicaties besluit een bepaalde strategie te staken, komt zijn geloofwaardigheid op de tocht te staan. In ieder geval zal het dan niet meevallen hoop op verbetering bij de patient in stand te houden. Het stopzetten van de strategie kan voor de patient een nieuwe teleurstelling betekenen en verdere ontreddering kan volgen. Zo ook hier. Alles nog eens beziend, zou de therapeut er beter aan gedaan hebben zijn strategie niet te wijzigen. De seksuele lustgevoelens die ontstonden bij het uitvoeren van de satiatie-oefeningen zouden in de therapie ingepast moeten worden. De therapeut zou als verklaring voor die lustgevoelens het beleven van hevige angst en spanning kunnen geven. Vervolgens zouden de lustgevoelens geïnterpreteerd kunnen worden als een manier van het lichaam om angst en spanning te ontladen (vgl. bij. het spontaan ejaculeren van jonge soldaten in de loopgraven na het horen overvliegen en exploderen van de eerste granaten). Vervolgens zouden deze gevoelens voorgeschreven kunnen worden. Bijv. als volgt: "Wanneer u aan deze oefeningen begint, concentreert u zich dan ook op de plaats waar u de seksuele gevoelens beleeft; wanneer de dwanggedachte u in-

valt, probeert u dat sexuele gevoel sterker te laten worden om aldus angst en spanning af te laten vloeien". Men behoeft geen expert in Frankls theorieën (1975) te zijn om te begrijpen voor welke moeilijk opgave patiënte hierdoor gesteld zou worden. Voortzetting van de hier toegepaste benadering zou op deze manier wellicht mogelijk geweest zijn.

Problemen bij de registratie

Een goede registratie van de klachten is noodzakelijk voor het welslagen van een behandeling. Aan de registratiegegevens kunnen de effecten van een interventie afgelezen worden. Patiënten met dwangproblemen zijn meestal nauwgezette administrateurs en soms slagen zij erin een geschikt registratieformulier te ontwerpen dan de therapeut. Toch kunnen zich bij het registreren verschillende problemen voordoen. Een van de belangrijkste is dat de therapeut er niet in slaagt de diverse symptomen voldoende duidelijk te omschrijven en aldus de registratie niet goed mogelijk maakt. Een oplossing kan zijn het registreren te beperken tot een welomschreven klacht; de patiënt die de gehele dag met dwang bezig is, kan bijv. gevraagd worden één bepaald symptoom te registreren (bijv. handen wassen) in frequentie en/of tijdsduur. Wanneer er niet zo'n gemakkelijk te omschrijven klacht is, kan gevraagd worden de minuten dat er geen dwang opgetreden is, bij te houden. De partner kan ingeschakeld worden bij de registratie door bijv. het aantal verzoeken om assistentie of geruststelling bij te houden.

De patiënt met problemen rond de registratie

Meneer Venema, 35 jaar, heeft sinds een tiental jaren last van dwangverschijnselen. Deze bestaan vooral uit een ernstige twijfelzucht. De ene gedachte roept een volgende gedachte op. etc. Bovendien is hij enige uren per dag bezig met een minutieus onderzoek van de huid van het gezicht. Gezocht wordt naar onregelmatigheden, velletjes en pukkeltjes, die daarna onbarmhartig uitgeknepen en weggekrabd worden. Dit heeft ertoe geleid dat de huid door littekenvorming lelijk misvormd is. Reden voor hem om zich overdag zo min mogelijk op straat te begeven. De heer Venema werkt niet meer (W.A.O.). De dwangproblematiek heeft tot een aantal consequenties geleid binnen de relatie met zijn vrouw. Zijn vrouw doet alle boodschappen en klusjes

buitenshuis. Zij doet het gehele huishouden, terwijl meneer Venema zijn huid onderzoekt of in zijn bed 'gevlucht' is. In bed heeft hij wat minder last van zijn twijfelzuchtig denken. Dit in bed liggen heeft langzamerhand een omkering van zijn dag- en nachtritme tot gevolg gehad. Vele uren nadat mevrouw naar bed is gegaan, volgt meneer Venema pas. Dat de sexuele contacten vrijwel nihil zijn geworden, wordt door het echtpaar als een logisch gevolg gezien. De partner doet alle huishoudelijke taken om het vreselijke leven van haar man nog wat te veraangename. Zij schakelt zichzelf uit, hoewel zij een opleiding (moeder-mavo) is begonnen en daar enige middagen per week voor weg is. Meneer Venema vraagt geen assistentie van zijn vrouw bij zijn dwangproblematiek, ook zoekt hij geen geruststelling bij haar. Wel is het onmogelijk voor hem welke afspraak dan ook na te komen, omdat wanneer zij bijv. eens besluiten om naar de film te gaan, hij plots zijn huid moet gaan bewerken. Als ze al eens ergens naartoe gaan, zijn ze in ieder geval te laat. Mevrouw Venema is een vriendelijke, wat onzekere vrouw, die, hoewel ze zich schijnt weg te cijferen, toch aangeeft dat ze niet weet of ze dit leven wel vol zal kunnen houden. De heer Venema heeft naast een jaar klinische psychotherapie, ook enige jaren behandeling bij een S.P.D. ondergaan zonder dat dit blijvende verbetering tot gevolg heeft gehad. Samengevat kan gesteld worden dat de man dwanggedachten heeft met betrekking tot de huid van zijn gezicht: "Is er een pukkeltje? Zijn korstjes zichtbaar? Zien de mensen dat ik gekrabb heb?" Dit wordt gevolgd door een oplopen van spanning en de dwang het gezicht te bewerken totdat hij het gevoel heeft ermee klaar te zijn. Deze dwangverschijnselen hebben ervoor gezorgd dat zijn partner een afwachende en in de praktijk ondergeschikte positie binnen de relatie heeft gekregen.

Na het eerste gesprek wordt besloten hem in behandeling te nemen en zijn echtgenote daarbij te betrekken. Met het paar worden tien zittingen afgesproken, waarna geëvalueerd zal worden of er met de behandeling zal worden doorgedaan. Mocht er na tien zittingen geen verbetering optreden "Dan is deze behandelmethode niet de geschikte", aldus de therapeut. Er zal dan een verwijzing naar een ander instituut geregeld worden.

Meneer Venema wil het eerst voor het dwangmatig krabben en pulken aan zijn gezicht behandeld worden. De therapeut gaat akkoord en

bespreekt de noodzaak van een goede registratie. Om tot een goede registratie te komen, geeft hij meneer Venema een schaakklok mee. Dit is een dubbele klok waarbij met een druk op de knop één wekker stilgezet wordt en de andere gaat lopen en andersom. Door de beide knoppen gedeeltelijk in te drukken, kunnen beide klokken stilgezet worden. Op de ene klok wordt de tijd besteed aan het dwangmatig krabben geregistreerd, op de andere de 'normaal' doorgebrachte tijd, ook al zou dat in het begin maar enige minuten zijn. Dit betekent dat meneer Venema op het moment dat hij wil gaan pulken, eerst de knop moet indrukken.

Op de volgende zitting blijkt hij niet geregistreerd te hebben; hij zou het vergeten zijn. Het belang van een goede registratie wordt nog eens uitgelegd en opnieuw beperkt zich de behandeling tot een registratie-advies.

Op de volgende zitting heeft hij enkele dagen geregistreerd: er is een eerste uitgangspunt. De therapeut stelt nu dat meneer Venema blijkbaar zo door zijn dwang in beslag genomen is dat hij niet goed kan registreren. Aan zijn partner wordt gevraagd of zij in de gaten heeft wanneer haar man aan zijn gezicht frunnikt. Zij antwoordt hierop bevestigend, waarna haar verzocht wordt gedurende de tijd dat zij in huis is de schaakklok te bedienen.

Bij de vierde zitting blijkt dat dit voor meneer Venema te ver gaat; hij is zelf goed gaan registreren. De behandeling wordt nu voortgezet met een inventarisatie van de dingen waar hij niet meer aan toekomt. Er wordt uitvoerig aandacht gegeven aan het weer samen doen van plezierige bezigheden. Ook wordt besproken dat het doel van de behandeling is dat hij gewoon door kan gaan met aan zijn gezicht pulken, maar dat geleidelijk aan geprobeerd zal worden hem dit moeilijker te maken.

Op de achtste zitting verschijnt het paar een uur te laat waardoor de zitting niet door kan gaan. Bij de volgende zitting blijken er heftige ruzies te zijn geweest. Het registreren is opnieuw slecht gedaan. De ruzies worden besproken en binnen een positieve context voorgeschreven. Bovendien wordt opnieuw de nadruk op goed registreren gelegd. Aan het begin van de tiende zitting zet meneer Venema met een triomfantelijk gebaar de schaakklok op het bureau: "Ik heb besloten ermee op te houden". De behandeling wordt afgesloten en de heer Venema wordt naar een ander instituut verwezen.

Bespreking

Wat is bij deze behandeling fout gegaan? Hoewel er in het begin problemen zijn geweest met het registreren, is er ten slotte goed geregistreerd. De therapeut heeft juist op deze manier van registreren de nadruk gelegd omdat meneer Venema de keten 'is mijn gezicht in orde? - ik moet controleren - aan het gezicht frunniken' met een druk op de schaakklok even onderbreekt. Deze minimale interventie zou in de verdere behandeling uitgebreid kunnen worden. Bij de achtste zitting zijn ze een uur te laat. De therapeut stuurt hen naar huis tot de volgende afspraak drie weken later. Een week later beëindigt de heer Venema het registreren. Weliswaar zegt hij tijdens de negende zitting weer toe te gaan registreren, maar hij doet het niet meer. Dit lijkt het breekpunt. De therapeut krijgt straf voor het naar huis sturen van de patient ("Dan registreer ik ook niet meer"), de therapeutische relatie blijkt niet sterk genoeg om hier overheen te stappen. Bovendien is de bereikte verbetering gering (zie fig. 9).

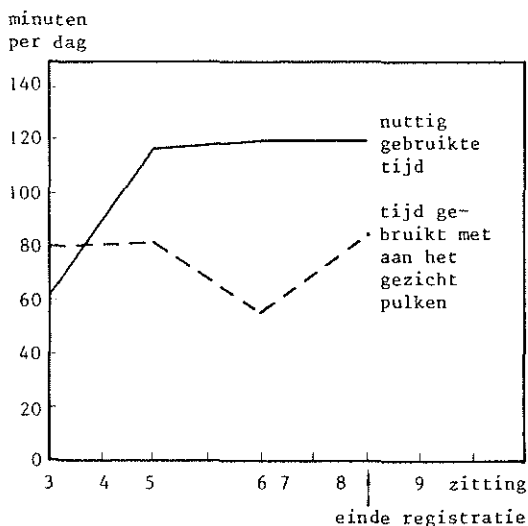


Fig. 9: Grafiek waarop weergegeven de tijd die aan nuttige dingen werd besteed en de tijd die werd besteed aan dwangmatig gedrag.

Whitaker (Haley & Hoffman, 1967, blz. 266) vindt dat, voordat tot een behandeling overgegaan wordt, de patient aan bepaalde door de therapeut gestelde voorwaarden moet voldoen. Een van die voorwaarden bij deze behandeling is het registreren; als de patient hiertoe niet bereid is, wordt de behandeling niet gestart. De problemen rond het registreren zijn na de eerste zitting ontstaan. Tijdens de eerste zitting is nagelaten hierover afspraken te maken. Goede afspraken hadden mogelijk de problemen hieromtrent kunnen voorkomen. Ook zou het niet goed registreren op een meer meegaande manier opgelost kunnen worden, bijv. door de patient te zeggen dat deze nog niet aan het registreren toe was. Wanneer de therapeut de patient nu toch op de achtste zitting alsnog ontvangen zou hebben, zou de therapie dan ook mislukt zijn? Dit is moeilijk te zeggen; de kans leek aanwezig dat de patient in therapie gebleven zou zijn, wat de mogelijkheid tot verandering of verbetering ingehouden had. Het gegeven dat rond de achtste zitting slechts een geringe verandering opgetreden is, kan als een prognostisch ongunstig teken geïnterpreteerd worden. Het is gebruikelijk dat in deze fase van de behandeling een substantiële verbetering is opgetreden.

Problemen bij de diagnostiek

Er zijn mensen met dwangproblematiek die zo vastgelopen zijn dat zij volledig ontredderd aangemeld worden voor behandeling. De diagnose van de verwijzer luidt dan nog wel eens: "depressie". Omgekeerd komen bij depressies nogal eens dwangverschijnselen voor. De remming van het denken en het cirkeldenken bij de vitale depressie, de negatieve preoccupaties over eigen falen, schuld en schaamte, kunnen diagnostische problemen geven. Soms wordt het accent gelegd op de dwang, soms op de depressie.

De depressieve vrouw met dwangverschijnselen ¹⁾

Mevrouw De Graaf is een 47-jarige, gehuwde vrouw; haar echtgenoot is onderwijzer. Het paar heeft twee thuiswonende kinderen (16 en 17 jaar). Tot haar verhuizing, twee jaar eerder, heeft patiente nooit last gehad

¹⁾ Deze patiente is behandeld door een medewerker onder supervisie van de auteur.

van dwangverschijnselen. Na de verhuizing is ze haar huishouden steeds secuurder gaan doen. Na de dood van haar moeder, drie maanden voor aanmelding, en de dood van een kind door een verkeersongeval heeft haar echtgenoot een ernstige hypertensie gekregen. Dag en nacht tobt ze op een dwangmatige manier over deze gebeurtenissen uit het verleden en denkt over zelfmoord. De huisarts meldt haar aan met het verzoek haar meteen op te nemen; gezien haar toestand wordt dit verzoek gehonoreerd. Bij opname is ze angstig en ze huilt voortdurend. Ze is bang om de straat op te gaan, bang voor het overgaan van de telefoon en bezoekt of ontvangt geen kennissen of familie; ze heeft een huishoudwang; de stemming is somber, vitale kenmerken ontbreken. Mevrouw wordt een viertal weken opgenomen. De principes van de toekomstige poliklinische behandeling worden uitgelegd. Op de eerste poliklinische zitting wordt geadviseerd de bekrachtiging door de man te staken. Bij de tweede zitting blijkt de huishoudwang min of meer verdwenen te zijn. Ze vraagt één- tot driemaal per dag iets aan haar man. Ze krijgt een satiatie-oefening van een kwartier per dag. Tijdens deze oefeningen zal ze systematisch de vreselijke gebeurtenissen uit het verleden oproepen en op die manier gelegenheid krijgen ze te 'verwerken'. Tijdens de derde zitting vertelt meneer De Graaf dat zijn vrouw de behandeling niet aan kan; ze is erg nerveus. Er wordt haar een aanbod gedaan voor ontspanningstherapie, maar haar angst krankzinnig te worden en naar de plaatselijke inrichting te moeten is, is een nieuwe dwanggedachte die haar plaagt. Vier dagen later moet haar man vrij plotseling opgenomen worden voor een medisch onderzoek. Er wordt afgesproken dat familie haar tijdens de opname van haar man thuis op zal vangen. Een uur na de opname van haar man loopt ze van huis weg en suïcideert zich.

Bespreking

Dwang en depressie komen regelmatig tegelijkertijd voor. Van de acht vrouwen met een huishoudwang die door Hoogduin et al. (1981) werden beschreven, werd bij zeven patienten ernstige depressieve verschijnselen waargenomen (zie ook hoofdstuk 1).

Belangrijk voor de differentiaal diagnose is de vaststelling dat bij de depressies de dwangverschijnselen in de avonduren in intensiteit en kwantiteit afnemen, wat overeenkomt met de dagschommeling die de

vitale depressie kenmerkt. De inhoud van de dwanggedachten die optreden bij de vitale depressie is vaak de angst zelfmoord te plegen of de angst anderen te doden. Dwanggedachten van deze strekking blijken bij patiënten met een vitale depressie en dwanggedachten twaalfmaal zo vaak voor te komen als bij patiënten met de diagnose 'dwangneurose' (Gittleson, 1966c).

Wat is er verkeerd gegaan bij de behandeling van mevrouw De Graaf? Allereerst is er het diagnostische probleem. Was hier sprake van een dwangneurose of van een depressie met dwanggedachten? De diagnose werd - mede op grond van het ontbreken van vitale kenmerken - ten slotte dwangneurose met alle consequenties voor de behandeling: geen antidepressiva (vgl. Cobb, 1977), een zelfcontrole-procedure (Hoogduin, 1981a) en de beëindiging van de bekrachtiging van de man (Hoogduin et al., 1977). Het suïcidegevaar werd door de therapeut niet groot geacht, hierin gesteund door de gegevens uit de literatuur met betrekking tot suïcidegevaar bij patiënten met dwangproblemen (Goodwin et al., 1969: 1%; Krinelen, 1965: één suïcide bij 91 patiënten; Rosenberg, 1968: geen suïcide bij 144 patiënten; Pollitt, 1957: één suïcide bij 101 patiënten¹⁾). Gittleson (1966b) vermeldt naar aanleiding van zijn onderzoek bij 398 patiënten met een vitale depressie dat bij het optreden van dwanggedachten bij de vitale depressie de kans op zelfmoord kleiner is.

Rond de derde zitting ontstaat er een crisis bij mevrouw De Graaf. Dit is niet ongevoel bij deze benadering. De voortzetting is niet proberen deze crisis te beëindigen. Wanneer de patient deze crisis overwint, kan een verbetering verwacht worden. De diagnose 'vitale depressie' kon niet gesteld worden. In dat geval zou de behandeling geheel anders hebben dienen te verlopen. De therapeutische strategie zou dan op het opheffen van de depressieve klachten gericht moeten zijn, zowel met behulp van antidepressiva en anxiolytica als door middel van gesprekken. Wanneer er - zoals in de derde zitting is gebeurd - een crisis ontstaat, hadden er onmiddellijk maatregelen moeten worden genomen die een einde aan deze crisis hadden kunnen maken: sederen, evt. opname of de echtgenoot enige tijd thuis laten blijven van zijn werk. Dit alles omdat het suïcidegevaar bij een vrouw met een vitale depressie in de middelbare leeftijd groot is.

¹⁾ De hier beschreven suïcide is de enige die bij de behandeling van 235 patiënten met een dwangneurose in het Reinier de Graaf Gasthuis/Hippolytusgebouw is voorgekomen.

Achteraf bezien lijkt niet uitgesloten dat de depressieve component te weinig aandacht heeft gekregen met betrekking tot de dwangverschijnselen. Concluderend kan gesteld worden dat bij twijfel tussen de diagnose 'dwangneurose' en 'depressie' eerst een behandeling met het antidepressivum Clomipramine geprobeerd moet worden, mede omdat gebleken is dat van dit antidepressivum goede resultaten gerapporteerd worden bij de depressieve dwang-patient (Rack, 1973; vgl. echter ook Cobb, 1977; Marks et al., 1980).

Tot slot nog iets over het voorschrijven van dwanggedachten met suïcide als onderwerp. Sommige dwanggedachten lenen zich minder goed voor een behandeling met exposure en responspreventie. Er zijn patienten die in beslag genomen worden door de gedachte 'zichzelf wat aan te doen'. Deze gedachte kan zowel egosyntoon ("Ik voel me ongelukkig, ik denk dat ik er maar een eind aan maak, maar dat moet ik niet doen voor mijn kinderen, etc.") als ego-dystoon ("Opeens wordt ik bang dat ik voor de trein zal springen" of: "Als ik maar niet mijn verstand verlies en me van kant maak") beleefd worden. Het zelf oproepen van dwanggedachten gebeurt meestal op een plaats waar de patient dit ongestoord kan doen. Het gevaar van het in eenzaamheid bezig zijn met dwanggedachten of morbide preoccupaties met suïcide als inhoud is dat de kans op het plegen van suïcide toeneemt. Een andere strategie verdient hier de voorkeur. Dit kan zijn: deze gedachten op vaste tijden oproepen in gezelschap van de partner en deze aan de partner vertellen. Ook een zelfcontrole-procedure waarbij de patient consequenties koppelt aan het hebben van deze gedachten kan een goed alternatief zijn.

Complicaties bij de interactionele behandeling

Bij de ambulante behandeling van dwangproblemen is een belangrijk probleem het voorkomen van 'lekkage' in de behandelingsprogramma's. Wanneer de relationele betekenis van de dwangverschijnselen groot is (er is bijv. een sterke bekrachtiging door de partner of andere gezinsleden), is het noodzakelijk voor het welslagen van de behandeling dat de therapeut zich van een goede coöperatie van deze partner of gezinsleden verzekert. In het algemeen is deze bereidheid aanwezig bij mensen die samenleven met een patient met dwangproblemen.

Het leven met een partner met dwangproblemen blijkt de gezinsleden goed te motiveren voor de behandeling. De partner van de dwangpatient kan op verschillende manieren bij de dwangverschijnselen betrokken worden. De patient zal proberen zekerheid en geruststelling te krijgen door de partner vragen te stellen. Ook kan hij de partner vragen bepaalde controle-handelingen uit te voeren. Ook is het mogelijk deze poetsactiviteiten te laten uitvoeren. Naast dit actief betrekken van de partner bij de dwangproblemen is het mogelijk dat deze door de misère zo bewogen wordt dat hij de patient probeert te troosten en te helpen. Zowel de passieve als de actieve hulpverlening van de partner kan tot gevolg hebben dat dwanggedrag bekrachtigd wordt. Wanneer de strategie erop gericht is deze bekrachtiging op te heffen, zal de partner deze activiteiten dienen te staken. Soms geeft dit problemen.

Mevrouw Van Zijlen en haar dwangmatig vraaggedrag

Mevrouw Van Zijlen (51 jaar) heeft sinds een zestal jaren last van dwangverschijnselen. Ze is gehuwd met een tuindersknecht en heeft vier kinderen. Haar klachten bestaan uit gedachten die haar angst geven, zoals bijv. "Val dood jij" waarna zij bang is dat deze man over wie ze dit denkt ook werkelijk dood valt. Na deze gedachten denkt ze enige malen: "Laat alle mensen lang in gezondheid leven". Soms 'moet' ze daarna nog dingen aanraken of ze besluit haar man te vragen of die vervelende gedachten echt de dood van bijv. de huisarts tot gevolg kunnen hebben, waarna de man haar geruststelt. Patiente is een aardige, goed verzorgde vrouw. Haar intelligentie is zeer goed, die van de echtgenoot is matig. Ze heeft een goed abstractievermogen en belangstelling voor culturele zaken. Haar man functioneert op een meer concreet niveau; de dingen dienen te gebeuren zoals hij zegt.

De behandeling bestaat uit oefeningen waarbij ze de gedachten oproept en de neutraliserende activiteiten staakt. Aan de man is gevraagd zijn vrouw op vragen die met de dwang te maken hebben, geen antwoord meer te geven. Na enige zittingen blijkt de man haar toch op een of andere manier gerust te stellen ("Je kan haar niet zo laten lijden"). Soms wacht hij uren, éénmaal zelfs een tiental uren, vóór hij antwoord geeft. Zijn vrouw smeekt hem die uren om antwoord. Ook bij de volgende zitting blijkt hij de vragen van zijn vrouw te beantwoorden. Mevrouw

blijkt de behandeling als zinloos te beschouwen. Een week later dreigt ze met suicide als ze niet onmiddellijk opgenomen wordt. Alles overwegend wordt ten slotte tot opname overgegaan. Tijdens deze opname bekent ze al jaren geen zin meer in het huishouden te hebben. Bovendien vertelt ze vooral last te hebben van die nare gedachten als ze zich gekwetst voelt door haar man.

Bespreking

Een belangrijke factor bij deze mislukking is de manier waarop de man met het niet-antwoorden is omgegaan. Gedurende drie zittingen zegt de man geen vragen te beantwoorden. Ook is er geen vraag meer geregistreerd. Later blijkt dat de vragen wel gesteld werden en na enige tijd ook beantwoord zijn. Mevrouw Van Zijlen blijkt haar man soms met haar ogen om geruststelling te smeken, die dan ten slotte steeds komt. De grote hekel aan huishoudelijk werk en de rol van de man bij het ontstaan van de dwanggedachten worden door patiente in eerste instantie verzwegen. Wanneer een echtpaar besluit een ernstig verstoorde relatie niet ter discussie te stellen, doet een therapeut er wijs aan niet te gaan speculeren over een mogelijk slechte relatie. Hij doet er beter aan om met behulp van interventies, diagnostische informatie over deze relatie te verkrijgen. Hij kan bijv. aan de man vragen zijn vrouw niet langer gerust te stellen met antwoorden, maar zijn vrouw na een dergelijk verzoek enige minuten te strelen om haar op die manier zijn betrokkenheid te tonen. Wanneer de relatie uitgesproken slecht is, zal er van dit strelen niet veel terechtkomen: of de vrouw wijst de strelingen af, of de man weigert de uitvoering. Het bespreken van deze oorzaak voor het mislukken van het advies maakt het soms mogelijk de relatie aan de orde te stellen. Als de partner toch af en toe antwoorden geeft, of gewoon blijft antwoorden zal de patient zelf moeten proberen deze bekrachtiging op te laten houden. Binnen het raam van een zelfcontrole-procedure kunnen aversieve consequenties gekoppeld worden aan vraaggedrag. Ook kan wanneer de patient een vraag voelt opkomen, afleiding gezocht worden. Bovendien is het goed de patient zelf de vragen en de eventuele consequenties te laten registreren. Een andere mogelijkheid is de patient wel de vraag te laten stellen, maar af te spreken dat de partner pas na een bepaalde tijd antwoord geeft, bijv. na tien seconden, na één minuut, na een halfuur, etc. Deze tijd kan geleidelijk uitgebreid worden.

Wanneer eerder bekend geweest zou zijn dat de dwanggedachten vooral ontstaan in aansluiting aan boosheid op de man zou een goede strategie geweest zijn erachter te komen waarom mevrouw Van Zijlen boos wordt op haar man. Vervolgens zou gekeken kunnen worden of het gedrag van de man te veranderen is. Ook zou geprobeerd kunnen worden patiënte minder te confronteren met zijn eventuele onhebbelijkheden. Ook zou onderzocht kunnen worden of zij op een andere wijze haar boosheid af zou kunnen reageren.

Mevrouw Van Zijlen besluit - mede ook doordat de behandeling niet opschiet - dat opname noodzakelijk is. Wanneer de therapeut hier niet onmiddellijk op ingaat, dreigt zij met suicide. Hoewel de kans op suicide niet groot is bij deze patiënte (zie eerder) besluit de therapeut toch tot opname over te gaan, mede omdat hij na de tien zittingen onvoldoende krediet heeft om nog hoop en uitzicht op verbetering te geven.



DEEL II

EEN ONDERZOEK NAAR DE VOORSPELBAARHEID VAN HET EFFECT VAN
DE BEHANDELING BIJ 60 PATIENTEN MET EEN DWANGNEUROSE

Hoofdstuk 4

VARIABLEN MET BETEKENIS VOOR MISLUKKING EN SUCCES

Bij het bestuderen van resultaten van de beschreven behandelingsstrategie rijst de vraag waarom niet alle patienten van een dergelijke behandeling profiteren. Anders geformuleerd: "Waarom verschillen de patienten die wel baat hebben bij de behandeling van de patienten die niet verbeteren?" In dit hoofdstuk worden de voor het beantwoorden van deze vraag relevante onderzoeksgegevens besproken. Vervolgens wordt gerapporteerd over klinische ervaringen met patienten met een dwangneurose. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een overzicht van de variabelen die van betekenis kunnen zijn voor het uiteindelijke behandelingsresultaat.

4.1 Relevante onderzoeksgegevens

Bij onderzoek naar verschillen tussen patienten die wel met succes behandeld werden en patienten bij wie geen resultaat geboekt werd, kunnen demografische variabelen, psychologische variabelen en variabelen met betrekking tot de therapeutische relatie onderscheiden worden.

4.1.1 Demografische variabelen

Foa et al. (1983b) vonden slechts twee demografische gegevens die van betekenis bleken voor het resultaat van behandelingen met exposure en responspreventie bij patienten met dwangverschijnselen.

- Hoe jonger de patienten waren op het moment dat zij dwangklachten kregen, hoe beter het behandelingsresultaat was. Dit gold niet voor de resultaten na een behandelingsperiode gemeten bij ontslag, maar wel bij follow-up na 3 - 36 maanden ($p < 0,05$).
- Hoe jonger de patienten waren bij het begin van de behandeling, des te beter het behandelingsresultaat, gemeten na ontslag. De samenhang was significant ($p < 0,01$), alsook bij follow-up na 3 - 36 maanden ($p < 0,001$) (Foa et al., 1983a).

Op grond van theoretische overwegingen nemen diverse auteurs (zie o.a. Walton & Mather, 1963) aan dat ernstige klachten en lange duur van het bestaan van de dwangverschijnselen de behandeling zullen

compliceren. Bij onderzoek werd echter bij herhaling geen relatie gevonden tussen ernst en duur van de klachten en behandelingsresultaat (zie ook Boulougouris, 1977; Foa et al., 1983a en 1983b). Ook blijkt het behandelingsresultaat niet samen te hangen met het geslacht van de patient, diens burgerlijke staat en de manier waarop hij leeft (alleen of met anderen) (Foa et al., 1983a en 1983b). Kwee (1984) vond bij zijn onderzoek bij 44 dwangpatienten geen relatie tussen opleidingsniveau, burgerlijke staat, godsdienst en persoonlijkheidskenmerken en het uiteindelijke resultaat.

4.1.2 Psychologische variabelen

- Depressie

Patienten met een dwangneurose hebben vaak depressieve klachten (zie par. 1.3). Marks (1973) adviseert bijv. bij vitaal depressieve patienten eerst antidepressiva te geven voordat gedragstherapie wordt toegepast. Marks et al. (1980) vonden bij een onderzoek naar de betekenis van het antidepressivum Clomipramine voor de behandeling van patienten met een dwangneurose dat indien patienten onder invloed van het medicament van stemming verbeterd waren, de gedragstherapeutische programma's beter uitgevoerd werden, waardoor het resultaat in positieve zin beïnvloed werd.

Rachman en Hodgson (1980) geven het verlies van gemotiveerdheid als verklaring voor de negatieve betekenis van de depressie bij de gedragstherapeutische behandeling van dwang. Foa (1979) onderzocht tien patienten met een dwangneurose die niet profiteerden van de behandeling. Zij vond bij vier patienten ernstige depressieve klachten. Bij vier andere patienten bestond de opvatting dat hun dwanggedachten wel degelijk een groot waarheidsgehalte hadden. Dit in tegenstelling tot de opvatting die gebruikelijk is bij patienten met een dwangneurose, nl. dat de gedachten onzinnig zijn. De twee resterende patienten vertoonden zowel ernstige depressieve klachten als een dergelijke waanachtige beleving van de dwanggedachten. Foa et al. (1982) onderzochten bij 47 patienten met een dwangneurose de betekenis van de ernst van de depressie met betrekking tot het uiteindelijke resultaat. Zij verdeelden daartoe de patienten in drie groepen op basis van ernst van de depressie aan het begin van de gedragstherapeutische behandeling met behulp

exposure en responspreventie. De gemiddelde score op de depressielijsten was 4.12 met een S.D. van 2.10. De groepen werden geformeerd door de patienten met een gemiddelde score vermeerderd met éénmaal de standaarddeviatie als ernstig depressief (boven 6.5), verminderd met éénmaal de standaarddeviatie (beneden 2) als mild depressief, en de rest als matig depressief te beschouwen. De groepen telden 10 ernstig depressieve, 27 matig depressieve en 10 mild depressieve patienten. Deze groepen verschilden niet met betrekking tot ernst van de dwangverschijnselen aan het begin van de behandeling. Vervolgens bleek dat de ernstig depressieve patienten minder verbeterden met betrekking tot de dwangverschijnselen dan de overige patienten ($p < 0,01$).

Foa et al. (1983b) bevestigden deze bevinding bij 72 patienten met een dwangneurose. Ook nu werd een relatie tussen ernst van de depressie en resultaat van de behandeling gevonden ($p < 0,005$). De patienten met een milde depressie profiteerden zeer goed van de behandeling, terwijl ernstig depressieve patienten matig verbeterden. Patienten die gemiddeld depressief waren, vertoonden een middelmatige verbetering. Van belang is hierbij aan te tekenen dat Foa stelt alleen die patienten in behandeling te nemen bij wie de dwangsymptomen zo ernstig zijn dat deze interfereren met het dagelijks functioneren (Foa et al., 1983a). Ook Emmelkamp en Rabbie (1981) concluderen dat de ernst van de depressie van belang is voor het resultaat. Zij onderzochten de relatie tussen de ernst van de depressie, gemeten op de Zelfbeoordelingsschaal van Zung (1965) en het resultaat na de behandeling en vonden eveneens: hoe ernstiger depressief, hoe minder baat bij de behandeling ($p < 0,05$).

Bij follow-up na vierenhalf jaar echter werd dit verband niet meer teruggevonden. Verbetering van patienten met dwangverschijnselen gaat gepaard met een afnemen van depressieve klachten (zie Emmelkamp, 1982a). De onderzoeksgegevens hierover zijn echter niet eensluidend. Rachman en Hodgson (1980) bijv. nemen geen vermindering van depressieklachten waar bij verbetering. Bij patienten met alleen dwanggedachten konden Emmelkamp en Giesselbach (1981) evenmin een vermindering van de depressie bij vermindering van de dwanggedachten vaststellen.

- Angst

Angst is een verschijnsel dat bij vrijwel alle dwangneurosen aangetroffen wordt. In D.S.M.-III (A.P.A., 1980) wordt de dwangneurose bij de diagnostische categorie "anxiety disorders" ondergebracht (zie par. 1.1).

De hevigheid van de angsten wisselt per individu. Er zijn patienten die soms verlamd zijn van angst. Andere patienten beleven zeer weinig angst (zie par. 1.2). De rituelen worden in D.S.M.-III opgevat als een manier om angst en spanning te verminderen. Foa et al. (1983a; 1983b) vonden eveneens een relatie tussen de angst vóór de behandeling en het behandelingsresultaat. Zij stelden vast dat patienten met een geringe angst vóór de behandeling sterk verbeterden. De behandeling bij patienten met veel angst mislukte echter niet duidelijk vaker dan de behandeling bij patienten met een gemiddelde angst. Weinig angst zou de behandeling faciliteren. Emmelkamp et al. (1983) vonden eveneens een relatie tussen de angst gemeten vóór de behandeling en het behandelingsresultaat. Parkinson en Rachman (1981) onderzochten het optreden van zich opdringende onvrijwillige gedachten bij normale proefpersonen die aan stress of angstverwekkende situaties blootstaan. Dit onderzoek betrof proefpersonen wier kind een chirurgische ingreep moest ondergaan. Hoe meer angst, hoe meer van deze onvrijwillig binnendringende gedachten. Angst zou het proces van gewenning waarop de behandeling berust, in de weg staan. Omgekeerd geeft vermindering van de klachten ook een afnemen van de angst (zie o.a. Emmelkamp, 1982a). Rachman (1983), vertrekkend vanuit de gedachte dat angst het behandelingsresultaat in ongunstige zin zou beïnvloeden, meende dat een voortdurend blootstaan van patienten aan stresserende levenssituaties een succesvolle behandeling in de weg zou staan (zie Parkinson & Rachman, 1981). De stress - de operatie bij hun kinderen - deed bij de verzorgers onvrijwillig binnendringende gedachten toenemen. Bij patienten met een dwangneurose zijn onvrijwillig binnendringende gedachten van grote betekenis. Gemeend wordt dat het aantal belangrijke stresserende gebeurtenissen tijdens de behandeling van betekenis is voor de duur van de behandeling en het uiteindelijke behandelingsresultaat.

- Waanachtige beleving van de dwanggedachten

Bij haar onderzoek naar tien mislukte behandelingen stelde Foa (1979) vast dat vier patienten de overtuiging hadden dat de inhoud van de dwanggedachten juist was en dat de beangstigende gebeurtenissen ook werkelijk zouden plaatsvinden als zij hun rituelen niet zouden uitvoeren. Het is de vraag of bij deze patienten de diagnose 'dwangneurose' wel op zijn plaats is geweest. Mogelijk ging het hier om psychotische patienten. Foa (1982) ontwikkelde een schaal waarop de patient zelf kon aangeven in hoeverre hij meende dat de dwanggedachten een reële betekenis hadden. In haar onderzoek bleek echter geen relatie tussen de mate waarin de patient zijn dwangverschijnselen als onzinnig beleeft bij het begin van de behandeling en het eindresultaat (Foa et al., 1983b).

- Motivatie

Hoewel vaak aangenomen wordt dat de motivatie van de patient bij psychotherapie in het algemeen een belangrijke factor is bij het wel of niet slagen van een psychotherapeutische behandeling, zijn er geen gegevens beschikbaar over de betekenis van motivatie bij de gedragstherapeutische aanpak van dwangneurose.

4.1.3 Therapeutische relatievariabelen

Emmelkamp en Van der Hout (1983) noemen de betekenis die de therapeut kan hebben bij een gedragstherapeutische behandeling van patienten met fobische klachten. Met behulp van een vragenlijst die door Barrett Lennard ontwikkeld werd ter beoordeling van de therapeutische relatie vonden zij een significante relatie tussen het therapieresultaat en z.g. goede therapeutkarakteristieken als empathie, positieve gezindheid en congruentie. Directiviteit (autoritaire houding van de therapeut) hing negatief samen met het therapieresultaat. De door Emmelkamp en Van der Hout toegepaste behandeling bij fobici -exposure- vertoont belangrijke overeenkomsten met de in dit onderzoek toegepaste behandeling bij patienten met een dwangneurose.

Voor andere factoren, zoals negatieve gezindheid, onvoorwaardelijk aanvaarden van de patient en transparantie (de bereidheid van therapeuten zich te tonen zoals zij in werkelijkheid zijn) werd geen significante relatie met het therapieresultaat gevonden.

4.2 Klinische ervaringen met 25 patienten

Er zijn 25 patienten met de hier voorgestelde therapie behandeld. Patientten die zich op de polikliniek aanmeldden voor behandeling en die voldeden aan de diagnostische criteria voor dwangneurose volgens D.S.M.-III werden in behandeling genomen. Geen van de patientten die voldeden aan de D.S.M.-III-criteria voor dwangneurose zag na het verkrijgen van informatie over de behandeling, af van deze behandeling. De eventuele partners werden bij de behandeling betrokken. De resultaten van de behandeling werden door middel van zelfregistratie vastgesteld. Daartoe kregen de patientten formulieren waarop zij frequentie en/of duur van de belangrijkste dwangverschijnselen registreerden. Er werd een follow-up-onderzoek verricht na gemiddeld 14,5 maanden (3 - 24 maanden).

Tabel 4: Patientengegevens: geslacht, burgerlijke staat.

	♂	♀
gehuwd, duurzaam samenwonend	6	14
ongehuwd	4	1

De groep bestond uit 15 vrouwen en 10 mannen. Van de vrouwen is 93% en van de mannen is 60% gehuwd of duurzaam samenwonend (zie tabel 4).

Resultaten

Van de voor het onderzoek geaccepteerde patientten beëindigde geen patient de behandeling voortijdig; 80% van de patientten verbeterde 70 - 100% (zie tabel 5).

Tabel 5: Behandelingresultaat.

Resultaat na behandeling

0 - 30%	3	1	-
30 - 70%	1	-	-
70 - 100%	-	-	20
	0 - 30	30 - 70	70 - 100

Resultaat
bij follow-
up-meting

De resultaten gemeten na de behandeling verschilden niet van de resultaten bij follow-up, met uitzondering van één patient die bij nameting 30 - 70% verbeterd was en bij follow-up teruggevallen bleek, en één patient die niet verbeterd was bij nameting, maar bij de follow-up na een behandeling elders 30 - 70% verbeterd was. De 20 patienten die met succes behandeld werden, waren gemiddeld 15 (2 - 42) maanden met een gemiddelde van 20 (3 - 80) zittingen in behandeling. De klinische toestand bij ontslag was bij follow-up na gemiddeld 14,5 maanden gunstig gebleven. Eén patient maakte een twee maanden durend recidief door, waarvoor hij opnieuw met succes behandeld werd.

Tabel 6: Leeftijdverdeling bij aanmelding en duur van de klachten.

Leeftijd
bij aan-
melding

> 50 jaar					
40 - 50 jaar	1	3 (1 ¹⁾)	2 (2)	1	
30 - 40 jaar	3	5			
20 - 30 jaar	3	4	1		
10 - 20 jaar	1 (1)	1 (1)			
< 10 jaar					
	< 2 j	2 - 10 j	10 - 20 j	20 - 30 j	> 30 j

Duur
van de
klachten

¹⁾ De omcirkelde cijfers geven de patienten aan die niet profiteerden van de behandeling; het eerste cijfer geeft het totaal aantal patienten aan.

De gemiddelde leeftijd bij aanmelding van de patienten die geen baat hadden bij de behandeling was 37 (18 - 49 jaar). Van de patienten die wel baat hadden was dit 32;5 (21 - 48 jaar). De klachtenduur van de patienten die zonder succes behandeld werden, was 120 maanden; de klachtenduur van de patienten die wel baat hadden bij de behandeling was 54 maanden. Hoewel dit verschil aanzienlijk is, is het niet significant (χ^2 -toets: n.s.) (zie tabel 6).

De gemiddelde leeftijd bij aanvang van de klachten was voor de patiënten die geen baat hadden 27 (18 - 42 jaar) en voor de succesvol behandelenden 27;8 (15 - 34 jaar) (zie tabel 7).

Tabel 7: Leeftijdsverdeling bij begin van de klachten en duur van de klachten.

Leeftijd
bij begin
van de klachten

>50 jaar					
40 - 50 jaar		1 (1)')			
30 - 40 jaar	3	5			
20 - 30 jaar	4	5 (1)	2 (2)	1	
10 - 20 jaar	1 (1)	2	1		
<10 jaar					
	<2 j	2 - 10 j	10 - 20 j	20 - 30 j	>30 j

Duur
van de
klachten

')

 De omcirkelde cijfers geven de plaats aan van de patiënten die niet profiteerden van de behandeling.

Over de vijf patiënten die zonder succes behandeld zijn, is het volgende op te merken: Twee van hen hadden ernstige depressieve klachten. Bij één patient vertoonden de dwanggedachten een dusdanig waanachtig karakter dat door eerdere hulpverleners tweemaal de diagnose 'schizofrenie' werd overwogen.

Een van de vijf patiënten van het vooronderzoek reageerde vijandig zowel naar haar partner als naar de therapeut. De mogelijkheid dat deze factor ten slotte tot het mislukken van de behandeling had geleid, werd mede overwogen omdat bij analyse geen andere factoren aan te wijzen waren. Eerder was bij haar de diagnose 'psychopathie' gesteld.

Bij één van de twee depressieve patiënten was er tevens sprake van een lage intelligentie. De indruk bestond dat hoewel geprobeerd werd de instructies op een ook voor deze patient begrijpelijke manier te geven, de therapeut daar niet volledig in slaagde.

Onder de patiënten van het vooronderzoek die niet profiteerden van de behandeling bevond zich één patiënte bij wie relatieproblemen leken bij te dragen tot het mislukken van de behandeling. De voortdurende conflicten zorgden voor grote spanningen en brachten de patiënte tot wanhoop. De dwangsymptomen leken eveneens een relationele betekenis te hebben.

4.3 Onderscheid tussen mislukking en succes

In deze paragraaf wordt na een bespreking van de diverse meetinstrumenten die gebruikt werden voor de vaststelling van het therapieresultaat, aan de hand van literatuurgegevens het criterium voor wat als mislukte behandeling is te beschouwen, gegeven.

4.3.1 Meting van de veranderingen

Er zijn diverse manieren om de ernst van de dwangverschijnselen te meten:

- Vragenlijsten

In Nederland is door Kraaiaamt en Van Dam-Baggen (1976) een bewerking gemaakt van de Leyton Obsessional Inventory (Cooper, 1970); een meetinstrument voor dwangmatig gedrag en dwangmatige trekken. De lijst discrimineert goed tussen zg. normale mensen en patiënten met een dwangneurose (Kraaiaamt & Van Dam-Baggen, 1976). Vermindering van scores op dergelijke lijsten zou een afname van dwangmatig gedrag te zien geven (vgl. bijv. Kwee, 1984).

- Registratie van de dwangverschijnselen door middel van zelf-registratie

Hierbij houdt de patiënt zelf ernst en/of duur van de dwangverschijnselen bij. Deze registratie wordt zo mogelijk grafisch weergegeven. Wanneer de klachten zeer frequent voorkomen, kan de registratie beperkt worden tot een gedeelte van de dag. Emmelkamp (Boersma et al., 1976; Emmelkamp & Kraanen, 1977; Emmelkamp, 1982a) liet patiënten frequentie en duur van de klachten bijhouden gedurende een week vóór het begin van de behandeling en het einde van de behandeling.

- Klinische bepalingen van de ernst

Hiertoe scoren de patiënt, de therapeut en een onafhankelijke onderzoeker de hoeveelheid angst die patiënten zullen ervaren in

vijf situaties die te maken hebben met de dwanggedachten en vermijdingsgedrag op een 5- of 8-puntsschaal.

Bij een patient met smetvrees zou dit kunnen zijn:

- Er komt een bezoeker binnen zonder de voeten te vegen.
- U raakt de grond aan en wast uw handen niet.
- U gaat na het wandelen naar binnen zonder iets schoon te maken.
- U wast de gehele dag uw handen niet.
- U komt van een bezoek thuis en raakt zonder de handen gewassen te hebben zoveel mogelijk aan in uw huis.

Wanneer deze scores gebruikt worden om verbetering te meten, vertonen deze grote overeenkomsten met de bepaling van deze verbetering met vragenlijsten (Emmelkamp, 1982a).

Bij patienten met een dwangneurose waarbij de klachten alleen uit dwanggedachten bestaan, is er geen andere registratie mogelijk dan zelfregistratie. In deze studie werden patienten met een dwangneurose waarbij de klachten uit alleen dwanggedachten bestonden, geaccepteerd, met als consequentie de zelfregistratie als meetinstrument. Aan deze manier van het verzamelen van gegevens zijn twee bezwaren verbonden (Nelson, 1977): het eerste is het gevaar van onnauwkeurigheid; het tweede is de reactiviteit van de procedure, waarmee bedoeld wordt dat de frequentie van het te registreren gedrag door de zelfregistratie verandert. Dit laatste is niet te vermijden omdat zelfregistratie een vast onderdeel uitmaakt van zelfcontroleprocedures.

Beech en Vaughan (1978) stellen dat een dergelijke registratie van rituelen en gedachten essentieel is bij het beoordelen van het behandelingsresultaat, daar het bij een behandeling immers om vermindering van deze klachten gaat. De variabelen depressiviteit, angst en dwangmatig gedrag hangen in grote mate samen met bereikte verbeteringen (zie Emmelkamp, 1982a).

Met behulp van vragenlijsten; de zelfbeoordelingsschaal voor depressie volgens Zung (1965; voor Nederland bewerkt door Dijkstra, 1974), voor de meting van depressiviteit; de zelfbeoordelingsvragenlijst volgens Van der Ploeg, Defares en Spielberger (1980), voor de meting van angst; en de Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden volgens Kraaiaat en Van Dam-Baggen (1976), voor de meting van dwangmatig gedrag, kunnen deze variabelen gemeten worden

en aldus een ondersteuning leveren voor de metingen gedaan met behulp van de zelfregistratie.

Voor de bespreking van de eerste twee meetinstrumenten wordt verwezen naar par. 5.2.2.2. De Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden wordt in het volgende hoofdstuk bij de inclusie-criteria besproken. Bij het gebruik van de zelfregistratie als meetinstrument is het van belang deze registratie dusdanig te laten plaatsvinden dat een zo groot mogelijke nauwkeurigheid bij een zo klein mogelijke inspanning van de patient verkregen wordt. Het registreren van klachten wordt door de patienten noaal eens als een zware opgave gezien. Bij de zelfregistratie van dwangverschijnselen zijn de volgende hulpmiddelen van nut gebleken.

- Registratieformulieren: een ruitjesformulier waarbij verticaal de 24 uur van de dag zijn weergegeven en horizontaal 14 dagen van de maand, is geschikt voor het 'turven' van bepaald gedrag. Bijv.: herhalingen, handen wassen en frequentie van dwanggedachten of controlehandelingen.
- De golfteller: een apparaat waarmee het aantal slagen bij het golfspel geregistreerd wordt. Door een druk op de knop verspringt het getal dat afleesbaar is met één punt. Dit hulpmiddel is geschikt voor de registratie van bijv. handen wassen, controlehandelingen en dwanggedachten.
- De schaakklok: dit is een bij het schaken gebruikt apparaat dat bestaat uit twee uurwerken. Deze zijn dusdanig met elkaar verbonden dat het linker, dan wel het rechter uurwerk 'loopt'. Aldus kan bijv. op het linker uurwerk alle tijd besteed aan dwanggedrag geregistreerd worden en rechts de 'normaal' doorgebrachte tijd. Dit apparaat is geschikt voor de registratie van dwangmatig huishouden of bij patienten met uren durende cognitieve rituelen.

4.3.2 Mislukking en succes

Onderzoekers hebben verschillende opvattingen over wat zij als een mislukking beschouwen. Marks et al. (1975) noemen een verbetering $\leq 25\%$ een mislukking. Boulougouris (1972) noemt een verbetering van $\leq 40\%$ een mislukte behandeling. Rabavilas et al. (1979) geven in het geheel geen criterium. Emmelkamp et al. (1983) en Foa (Foa et al. 1983a en 1983b) hebben in hun studies naar mislukking en succes bij de behandeling van patienten met dwangneurose, een

verbetering van minder of gelijk aan 30% als criterium voor een mislukte behandeling genomen. In navolging van Emmelkamp en Foa is in deze studie een verbetering van $\leq 30\%$ als criterium voor een mislukte behandeling gekozen. Deze keuze biedt de mogelijkheid de resultaten van het onderzoek te vergelijken met de resultaten van het onderzoek van Foa en Emmelkamp. Van belang is het nog op te merken dat het vooral deze beide onderzoekers zijn geweest die zich met de bestudering van verschillen tussen patiënten die geen baat hadden bij de behandeling en zij die wel profiteerden, hebben beziggehouden.

4.4 Samenvatting

Uit de onderzoeksgegevens uit de literatuur en uit het eigen onderzoek kan afgeleid worden dat de volgende factoren van betekenis kunnen zijn voor het wel of niet slagen van de behandeling:

1. Demografische variabelen

- leeftijd bij het begin van de klachten;
- leeftijd bij het begin van de behandeling

2. Psychologische variabelen

- depressie;
- angst;
- waanachtig beleven van de inhoud van de dwanggedachten;
- motivatie;
- agressie;
- intelligentie;
- relatieproblematiek.

3. Therapeutische relatievariabelen

Geen betekenis voor het uiteindelijke behandelingsresultaat lijken te hebben: burgerlijke staat, opleidingsniveau en sexe; evenmin de ernst en duur van de klachten.

Hoofdstuk 5

HET ONDERZOEK

5.1 Vraagstelling en hypothesen

5.1.1 De vraagstelling

Hoewel de ambulante behandeling van patienten met een dwangneurose voor veel patienten bevredigend verloopt, is dit niet voor alle patienten het geval.

In dit onderzoek staat de vraag centraal welke factoren ertoe bijdragen dat de ene patient wel baat heeft bij de behandeling en de andere niet. De veranderingen bij de patient worden niet alleen afgemeten aan de mate waarin de dwangverschijnselen af- of toenemen, maar ook wordt gekeken naar de mate waarin depressiviteit, angst en dwangmatig gedrag veranderen. Anders gezegd: zijn de patienten die met succes behandeld worden te onderscheiden van de patienten bij wie de behandeling mislukt? Wanneer er verschillen gevonden worden, zal onderzocht worden in hoeverre deze variabelen van betekenis zijn voor het uiteindelijke resultaat. Aldus spitst zich de vraagstelling toe op de vraag of met deze variabelen in enige mate te voorspellen is of een bepaalde patient wel of geen baat zal hebben bij de behandeling.

5.1.2 De hypothesen

De eerste hypothese luidt 'dat patienten die baat hebben bij de behandeling veranderingen te zien zullen geven in klachtenpatroon en gedrag; de hoeveelheid dwangmatig gedrag, maar ook angst en depressiviteit zullen verminderen'.

Uitgaande van de relevante onderzoeksgegevens en klinische ervaringen (zie hoofdstuk 4) met betrekking tot de genoemde demografische, psychologische en therapeutische relatievariabelen, kan verwacht worden dat de variabelen gezamenlijk het uiteindelijke behandelingsresultaat beïnvloeden.

De tweede hypothese luidt 'dat de patienten die geen baat hebben bij de behandeling verschillen met betrekking tot de diverse variabelen afzonderlijk en met betrekking tot de variabelen gezamenlijk van de patienten die wel baat hebben bij de behandeling'.

Van patienten die zo depressief zijn dat zij tot geen enkele activiteit meer komen, kan verwacht worden dat dezen niet zullen profiteren van de behandeling. Hetzelfde kan gezegd worden van patienten die dusdanig angstig zijn dat zij geamortiseerd in bed liggen. Dit geldt in meer of mindere mate voor alle psychologische variabelen.

Anders gezegd: een extreme score op een bepaalde psychologische variabele leidt tot een negatief behandelingsresultaat.

Uit literatuuronderzoek en klinische ervaringen is gebleken dat de volgende variabelen in meer of mindere mate gerelateerd zijn aan het behandelingsresultaat: depressie, angst, waanachtig beleven van de inhoud van de dwanggedachten, motivatie, een vijandige houding ten opzichte van de omgeving, intelligentie en ernstige relatieproblemen. Gesteld kan worden dat ernstige depressie, veel angst, sterk waanachtig beleven van de inhoud van de dwanggedachten, veel agressie, lage motivatie, lage intelligentie en een gering interactioneel probleemoplossend vermogen leiden tot een slecht behandelingsresultaat.

Het onderzoek zal zich richten op een vaststelling van de betekenis van de diverse variabelen voor het eindresultaat en van de betekenis van de variabelen gezamenlijk voor het eindresultaat. Bovendien zal onderzocht worden in welke mate de diverse variabelen een predicerende betekenis hebben (zie fig. 10).

Wanneer dit model niet voldoet bij bepaalde patienten zal gekeken worden in hoeverre demografische en therapeutische relatievariabelen hiervoor een verklaring kunnen geven. Zo is het bijv. mogelijk dat bij een patient op grond van de metingen van de diverse variabelen verwacht wordt dat de behandeling succesvol zal verlopen, maar bij wie de behandeling mislukt ten gevolge van een slechte therapeutische relatie. Ook is het voorstelbaar dat een patient met een dwangneurose die aan ernstig stresserende gebeurtenissen blootgesteld wordt tijdens de behandeling, evenmin baat zal hebben bij de behandeling.

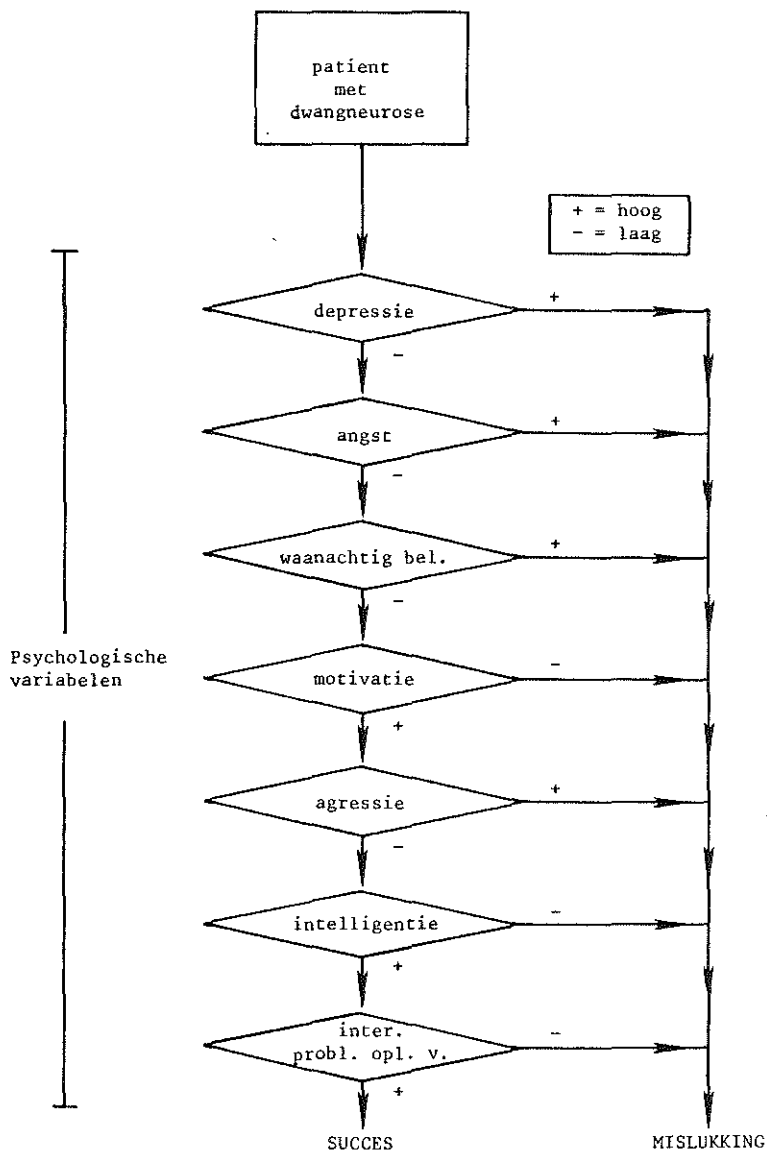


Fig. 10: Schematische, stapsgewijze weergave van de hypothese.

5.2 Methode

5.2.1 Patienten

Om de patienten met een dwangneurose ten behoeve van dit onderzoek aangemeld te krijgen, werd een actief beleid gevoerd. Naar diverse collegae en behandelingsinstituten in de regio werd een brief verzonden, waarbij een verzoek gedaan werd patienten met een dwangneurose te verwijzen naar de polikliniek van het Reinier de Graaf Gasthuis / Hippolytusgebouw. Ook de patienten die door de huisarts rechtstreeks naar de polikliniek verwezen werden, werden onderzocht op geschiktheid voor dit onderzoek.

- Inclusiecriteria

Patienten moesten voor deelname aan het onderzoek aan de volgende criteria voldoen:

- Lijden aan een dwangneurose waarbij de diagnose door een psychiater werd gesteld overeenkomstig de diagnostische criteria van D.S.M.-III voor As I (op deze as worden de klinische syndromen vermeld). D.S.M.-III heeft een classificatie-functie. Wanneer (op As I) de diagnose 'dwangneurose' gesteld wordt, betekent dit dat bij het stellen van de diagnose rekening is gehouden met de criteria van D.S.M.-III (zie hoofdstuk 1). Deze criteria zijn een operationalisatie van het begrip dwangneurose dat bovendien internationale geldigheid heeft verworven. Dit betekent dat patienten een zeer uiteenlopende ernst van de klachten kunnen hebben, bijv. een patient geheel geïsoleerd door een ernstige smetvrees en schoonmaakrituelen, maar ook een 24-jarige vrouw die sinds zes maanden de dwanggedachte heeft geliefde personen plots te zullen wurgen.
- Een score op de Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden (I.D.B.) hoger dan of gelijk aan 67 (Kraaimaat & Van Dam-Baggen, 1976). De I.D.B. is een gestandaardiseerde zelfbeoordelingslijst voor het inventariseren en meten van dwangmatig gedrag (zie fig. 11). De I.D.B. is ontwikkeld als een beoordelingslijst voor dwangmatig gedrag. Kraaimaat en Van Dam-Baggen (1976) vonden bij patienten met een dwangneurose een score ≥ 67 . De I.D.B. is een bewerking van de Leyton Obsessional Inventory (zie Cooper, 1970; Cooper & Kelleher, 1973). De vragenlijst bestaat uit 32 items; de ant-

woorden worden afhankelijk van de ernst gewaardeerd met 1 - 5 punten. De scores op de I.D.B. kunnen tussen de 32 en 160 liggen; 32 betekent totale afwezigheid van dwangverschijnselen en 160 betekent maximaal ernstige dwangverschijnselen.

15. Ik vind het onaangenaam als ik bij toeval door iemand aangeraakt wordt.	0 zeer vaak
	0 vaak
	0 soms
	0 zelden
	0 nooit
16. Ik tel voorwerpen (lantaarnpalen, ramen e.d.) waar ik langs loop.	0 zeer vaak
	0 vaak
	0 soms
	0 zelden
	0 nooit
17. Ik herhaal sommige handelingen een aantal keren voordat ik iets anders kan gaan doen.	0 zeer vaak
	0 vaak
	0 soms
	0 zelden
	0 nooit

Fig. 11: Enkele voorbeelden uit de Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden (I.D.B.) (Kraaimaat & Van Dam-Baggen, 1976).

- Exclusiecriteria

Patienten met de volgende diagnose werden uitgesloten van het onderzoek:

- Hoofddiagnose 'depressie' (Major Depressive Episode, volgens D.S.M.-III). De ernst van de evt. aanwezige depressieve klachten wordt door twee ervaren psychiaters onafhankelijk van elkaar beoordeeld. In gezamenlijk overleg wordt ten slotte 'depressie' (Major Depressive Episode, D.S.M.-III) als hoofddiagnose gesteld of verworpen volgens de criteria van D.S.M.-III.

Indien tot deze diagnose besloten werd, zou eerst een behandeling met antidepressiva volgen. Indien na deze behandeling nog dwangverschijnselen aanwezig zouden zijn, zou de patient opnieuw worden beoordeeld voor deelname aan het onderzoek.

- Hoofddiagnose 'schizofrenie'. De differentiëring waan versus dwanggedachten werd eveneens door twee ervaren psychiaters beoordeeld. Indien geconcludeerd werd dat het in een bepaald geval om een egosyntone waan ging, werd patient niet in het onderzoek opgenomen.
- Hersenbeschadiging.
- Zwakzinnigheid.

De patienten werden volledig geïnformeerd over het onderzoek. Zij kregen informatie over de vraagstelling en het doel van het onderzoek. Vervolgens werd gevraagd aan het onderzoek deel te nemen (informed consent).

5.2.2 Meetinstrumenten

Daar bij de behandelingsstrategie gekozen werd voor een zelfcontrole-procedure waarbij de patient zelf verantwoordelijk is voor de uitgevoerde exposure en responspreventie, wordt gebruik gemaakt van zelfregistratie om de eventuele verbeteringen vast te leggen.

5.2.2.1 Demografische variabelen

De volgende gegevens werden verzameld:

- leeftijd bij begin van de klachten;
- leeftijd bij begin van de behandeling;
- duur van de klachten.

Vervolgens:

- geslacht;
- burgerlijke staat;
- opleidingsniveau;
- eerdere behandelingen;
- medicatiegebruik;
- evt. oorzaken / uitlokkende factoren.

De dwangverschijnselen werden gerubriceerd met behulp van de indeling van Rachman (Rachman & Hodgson, 1980) in:

- controleerders (checkers);
- poetsers;
- en patienten die alleen over dwanggedachten klaagden.

Voorts vond een inventarisatie plaats van de stresserende gebeurtenissen die plaatsgevonden hadden gedurende het jaar voorafgaande aan de behandeling en die plaatsvonden gedurende de behandeling. Bij het meten van de hoeveelheid stress waaraan de patient blootstond, werd gebruik gemaakt van de Social Readjustment Scale (S.R.S.) van Holmes en Rahe (1967). Deze lijst bestaat uit 43 items (life events) (zie fig. 12).

<u>LEVENSGEBEURTENISSEN IN HET AFGELOPEN JAAR</u>	
1. Huwelijk	ja / neen
2. Moeilijkheden met chef/directeur	ja / neen
3. Gevangenisstraf	ja / neen
4. Overlijden van echtgeno(o)t(e) of vaste partner	ja / neen
5. Verandering in slaapgewoonten	ja / neen

Fig. 12: De Social Readjustment Scale (S.R.S.) volgens Holmes en Rahe (1967); de eerste 5 items.

De diverse items zijn vervolgens van een puntenwaardering voorzien overeenkomstig de ernst van de gebeurtenis en de tijd die nodig zou zijn om zich aan de nieuwe omstandigheden aan te passen. Deze gewichtstoekenning is tot stand gekomen met behulp van Amerikaanse proefpersonen; deze gewichtstoekenning werd overgenomen en bij dit onderzoek gebruikt. Daar deze gewichtstoekenning niet op de Nederlandse populatie geijkt is, kan aan de score op deze lijst slechts een beperkte betekenis toegekend worden. Om toch de betekenis van 'life events' te kunnen vergelijken, werd daarnaast het voorkomen op zich bekeken; de volgende gebeurtenissen worden hierbij beschouwd (zie Jongerius, 1984):

- verbroken relatie, scheiding;
- sterfgevallen in eigen gezin (partner, kinderen, ouders, vrienden);
- ernstige of langdurige ziekte in eigen gezin of bij intimi;
- andere gebeurtenissen zoals ernstige werkproblemen, ernstige financiële problemen of justitiële moeilijkheden.

5.2.2.2 Psychologische variabelen

- Depressie

De mate van depressiviteit werd bepaald met behulp van de Zelfbeoordelingsschaal voor Depressie (S.D.S.) van Zung (1965). Deze schaal is voor Nederland bewerkt door Dijkstra (1974; zie ook Hoevenaars & Van Son, 1984).

Bij de Zelfbeoordelingsschaal voor Depressie van Zung heeft Zung voor symptomen die behoren tot het klinisch begrip 'depressie' steeds één of twee vragen geformuleerd. Deze vragen zijn geformuleerd in de vorm van uitspraken van iemand over zichzelf (zie fig. 13).

S.D.S. (volgens Zung, 1965)	zelden of nooit	soms	vaak	bijna altijd/ altijd
1. Ik voel me somber en neerslachtig.				
2. 's Morgens voel ik me het best.				
3. Ik heb huilbuien of ik zou wel willen huilen.				
4. Ik slaap slecht.				
5. Ik eet net zoveel als vroeger.				

Fig. 13: Zelfbeoordelingsschaal voor Depressie (S.D.S.); de eerste 5 items (Nederlandse bewerking van Dijkstra, 1974).

De S.D.S. is valide ten aanzien van het concept depressie. Er bestaat overeenstemming met andere zelfbeoordelingsschalen voor depressie (Dijkstra, 1974). De waardering van de 20 items loopt van 1 tot 4. De score-range loopt diensgevolge van 20 tot 80. De Nederlandse bewerking van de S.D.S. is bij diverse onderzoeken naar effecten van behandelingen bij patiënten met een dwangneurose gebruikt (zie bijv. Emmelkamp & Kraanen, 1977; Emmelkamp et al., 1980; Emmelkamp, 1982a).

- Angst

De angst werd gemeten met de Zelfbeoordelings Vragenlijst (Z.B.V.); de Nederlandse bewerking van de Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI-DY) (Van der Ploeg et al., 1980; Van der Ploeg, 1981; Spielberger et al., 1970). De Z.B.V. bestaat uit twee afzonderlijke zelfrapportage vragenlijsten, waarmee twee onderscheiden angstconcepten kunnen worden gemeten: toestandsangst (STAI-DY 1) en angstdispositie (STAI-DY 2). De Z.B.V.-STAI-DY 1 bestaat uit 20 uitspraken die gebruikt worden om zichzelf te beschrijven. Aldus wordt aangegeven hoe patiënten zich op een bepaald moment, i.e. het moment van de testafname, voelen. In fig. 14 wordt een gedeelte van de Z.B.V.-STAI-DY 1 weergegeven.

<u>ZELFBEOORDELINGSVRAGENLIJST</u> (Ontwikkeld door Van der Ploeg, Defares & Spielberger, 1980)				
<u>STAI-DY 1</u>				
11. Ik voel me onzeker	1	2	3	4
12. Ik voel me nerveus	1	2	3	4
13. Ik ben zenuwachtig	1	2	3	4
14. Ik ben besluiteloos	1	2	3	4
15. Ik ben ontspannen	1	2	3	4

Fig. 14: Zelfbeoordelings Vragenlijst Z.B.V.-STAI-DY 1; 5 items.

De Z.B.V.-STAI-DY 2 (angstdispositie-vragenlijst) bestaat eveneens uit 20 items waarbij gevraagd wordt aan te geven hoe de patient zich in het algemeen voelt (Van der Ploeg et al., 1980; Van der Ploeg, 1981). De waardering van de 20 items is van 1 tot 4. Zowel voor de toestandsangst als voor de angstdispositie is een ruwe score mogelijk van 20 - 80. Bij dit onderzoek wordt steeds de ruwe score vermeld (zie fig. 15).

ZELFBEOORDELINGSVRAGENLIJST				
(Ontwikkeld door Van der Ploeg, Defares & Spielberger, 1980)				
STAI-DY 2				
21. Ik voel me prettig	1	2	3	4
22. Ik voel me nerveus en onrustig	1	2	3	4
23. Ik voel me tevreden	1	2	3	4
24. Ik kan een tegenslag maar heel moeilijk verwerken	1	2	3	4
25. Ik voel me in vrijwel alles tekortschieten	1	2	3	4

Fig. 15: Zelfbeoordelings Vragenlijst Z.B.V. STAI-DY 2; 5 items.

- Waanachtig beleven

De waanachtige beleving van de inhoud van de dwanggedachten werd gemeten met behulp van de door Foa (1982) ontwikkelde schaal waarmee de toetsing van de realiteitsperceptie plaatsvindt (zie fig. 16).

Een vragenset als in fig. 16 aangegeven, wordt de patient aangeboden voor de belangrijkste en de op één na belangrijkste beangstigende situatie.

<p>REALITEITSSCHAAL VOOR DWANGVERSCHIJNSELEN</p> <p>(Schaal voor het meten van het realiteitskarakter van dwanggedachten; naar Foa)</p>
<p>1A. Welke situatie of welk voorwerp dat te maken heeft met uw dwanggedachten, wordt door u het meest gevreesd?</p>
<p>B. Wanneer u uw rituelen, gewoonten, handelingen (wassen, controleren) verricht heeft c.q. neutraliserende gedachten heeft of geruststellende vragen stelt, welke beangstigende gevolgen probeert u dan te voorkomen (bijv. ziekte, dood, brand, inbrekers, kritiek, straf)? (Hier wordt niet bedoeld: bang worden of paniekerig worden).</p>
<p>C. Hoe groot is de kans dat dit werkelijk zal gebeuren als u uw handelingen niet uitvoert, neutraliserende gedachten niet uitdenkt of vragen niet stelt?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> het gebeurt niet <input type="radio"/> het gebeurt zelden <input type="radio"/> het gebeurt zeker </p>

Fig. 16: Realiteitsschaal naar Foa (1982).

- Motivatie

De motivatie van de patienten wordt gemeten met behulp van een Motivatie-vragenlijst (vgl. Duivenvoorden, 1982) (zie fig. 17). Met deze vragenlijst wordt onderzocht wat de patient voor de behandeling overheeft (Duivenvoorden, 1982). Daarnaast komen eveneens de zg. lijdensdruk en secundaire ziektewinst aan de orde. De secundaire ziektewinst wordt geacht de motivatie negatief te beïnvloeden.

ONDERZOEK NAAR MOTIVATIE (Duivenvoorden, 1982)		
1. Hoe groot is de lijdensdruk?	groot	klein
2. Hoeveel is het de patient waard om klachtenvrij te worden?	veel	weinig
3. Hoe groot is de secundaire ziektewinst?	groot	klein
4. Komt patient uit vrije wil?	vooral uit vrije wil	onder druk van de omgeving
5. Hoeveel wordt van de behandeling verwacht?	veel	weinig
6. Is de verwachting van de therapie realistisch?	ja	neen
7. Lijkt de patient zich aan afspraken te gaan houden?	ja	neen

Fig. 17: Motivatie-vragenlijst naar Duivenvoorden (1982).

De vragenlijst bestaat uit zeven vragen waarbij steeds slechts positief of negatief gescoord kan worden. De lijst wordt tijdens de intake ingevuld.

- Agressie

De agressie wordt gemeten met de Zelf-Analyse Vragenlijst (Van der Ploeg et al., 1982). Hiermee wordt informatie verkregen over de woede of boosheid op een bepaald moment en over de dispositie tot woede of boosheid.

De lijst is een Nederlandse bewerking van de Spielberger State-Trait Anger Scale (Spielberger, 1980).

Deze Zelf-Analyse Vragenlijst bestaat uit 10 vragen die betrekking hebben op de toestandsboosheid (fig. 18) en 10 vragen betrekking hebbend op de dispositie tot boosheid (zie fig. 19).

De vragen worden met 1 ~ 4 gewaardeerd. Dit levert voor beide metingen een score op tussen 10 en 40. De lijst is voor de Nederlandse situatie gevalideerd (zie Van der Ploeg et al., 1982).

<u>ZELF-ANALYSE VRAGENLIJST</u> (Ontwikkeld door Van der Ploeg, Defares & Spielberger, 1982)				
<u>SPI-DA</u>	geheel niet	een beetje	tamelijk veel	zeer veel
1. Ik ben woedend	1	2	3	4
2. Ik zou wel met mijn vuist op tafel willen slaan van kwaadheid	1	2	3	4
3. Ik ben boos	1	2	3	4
4. Ik zou wel naar iemand willen schreeuwen	1	2	3	4
5. Ik zou wel iets kapot willen maken	1	2	3	4

Fig. 18: De Zelf-Analyse Vragenlijst (SPI-DA); vragen naar toestandsboosheid (de eerste 5 items).

<u>ZELF-ANALYSE VRAGENLIJST</u> (Ontwikkeld door Van der Ploeg, Defares & Spielberger, 1982)				
<u>TPI-DA</u>	geheel niet	een beetje	tamelijk veel	zeer veel
1. Ik ben vlug driftig	1	2	3	4
2. Ik ben opvliegend van aard	1	2	3	4
3. Ik ben een driftkop	1	2	3	4
4. Ik voel me gauw ge- ergerd	1	2	3	4
5. Ik ben heetgebakerd	1	2	3	4

Fig. 19: De Zelf-Analyse Vragenlijst (TPI-DA); vragen naar dispositie tot boosheid (de eerste 5 items).

- Intelligentie

De intelligentie wordt bepaald met de verkorte Groninger Intelligentietest (Snijders & Verhage; zie: Luteyn & Van der Ploeg, 1983).

- Kwaliteit van de relatie

Lange (1984) heeft de Interactionele Probleem Oplossings-Vragenlijst (I.P.O.V.) ontwikkeld. Deze lijst is in Nederland ontwikkeld, gevalideerd en genormeerd. De vragenlijst is opgebouwd uit 17 items (zie fig. 20). De lijst pretendeert het interactioneel probleemoplossend vermogen te meten en heeft een substantiële relatie met de huwelijkssatisfactie.

<u>INTERACTIONELE PROBLEEM OPLOSSINGS-VRAGENLIJST</u> (Lange, 1984).	
1. Het kiezen van een oplossing voor een bepaald probleem levert bij ons weinig moeilijkheden op.	<input type="radio"/> precies op ons van toepassing <input type="radio"/> grotendeels op ons van toepassing <input type="radio"/> min of meer op ons van toepassing <input type="radio"/> in beperkte mate op ons van toepassing <input type="radio"/> helemaal niet op ons van toepassing
2. Als mijn partner mij op de een of andere manier heeft teleurgesteld, dan praat ik daar met hem/haar over.	<input type="radio"/> precies op ons van toepassing <input type="radio"/> grotendeels op ons van toepassing <input type="radio"/> min of meer op ons van toepassing <input type="radio"/> in beperkte mate op ons van toepassing <input type="radio"/> helemaal niet op ons van toepassing
3. In onze relatie zijn er veel problemen die niet op te lossen zijn.	<input type="radio"/> precies op ons van toepassing <input type="radio"/> grotendeels op ons van toepassing <input type="radio"/> min of meer op ons van toepassing <input type="radio"/> in beperkte mate op ons van toepassing <input type="radio"/> helemaal niet op ons van toepassing

Fig. 20: De Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst (I.P.O.V.) (Lange, 1984); 3 items.

5.2.2.3 Therapeutische relatievariabelen

Lietaer heeft de Engelstalige Barrett-Lennards Relationship Inventory voor individueel therapeutische relaties voor het Nederlandse taalgebied bewerkt (Lietaer, 1976). Deze vragenlijst bestaat uit uitspraken die aangeven hoe iemand zich kan voelen of gedragen in relatie met een ander. Op een 6-puntsschaal moet de patient, resp. de therapeut, aangeven in welke mate elke uitspraak van toepassing of juist niet van toepassing is op de relatie met de therapeut, resp. de patient. De lijst bestaat uit twee gedeelten: een vragenlijst voor de patient (patient-vorm) en een vragenlijst voor de therapeut (therapeut-vorm) (zie fig. 21).

<u>RELATIE-VRAGENLIJST</u> (patient-vorm) naar Lietaer, 1976	
1. Hij/zij voelt gewoonlijk aan wat er in mij omgaat.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Het lijkt me alsof ik hem/haar op de zenuwen werk en een last voor hem/haar ben.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Hij/zij is bereid mij zijn/haar werkelijke reactie mee te delen op al wat ik zeg of doe.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Hij/zij ziet me graag komen.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

<u>RELATIE-VRAGENLIJST</u> (therapeut-vorm) naar Lietaer, 1976	
1. Ik voel gewoonlijk aan wat er in de patient omgaat.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Op een of andere manier werkt de patient me op de zenuwen.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Ik ben bereid patient mijn werkelijke reactie mee te delen op alles wat hij/zij zegt of doet.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Ik zie hem/haar graag komen.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Fig. 21: Relatie-Vragenlijst volgens Barrett-Lennard (Nederlands-talige bewerking van Lietaer, 1976); de eerste 4 items.

Achter de uitspraken kan ---, --, -, +, ++, +++ ingevuld worden, afhankelijk van de beoordeling van de juistheid van de uitspraak (--- = geheel mee oneens; +++ = geheel mee eens). De twee vragenlijsten bestaan uit 48 vragen; de antwoorden daarop worden elk met 1 tot 6 punten gewaardeerd (--- tot +++). De vragen vormen zeven subschalen: empathie, positieve gezindheid, incongruentie (defensieve en kwetsbare attitude van de therapeut), negatieve gezindheid, onvoorwaardelijkheid (met betrekking tot het aanvaarden van de patient), transparantie (de bereidheid van de therapeut zich te tonen zoals hij werkelijk is), directiviteit (waarmee bedoeld wordt: omgaan met de patient op een autoritaire manier en vanuit een eigen referentiekader). De totaalscore van Empathie (E), Positieve gezindheid (P), Incongruentie (I) en Negatieve gezindheid (N) van de therapeut- en de patientvorm is een maat voor de therapeutische relatie. Rond de tiende zitting zou deze relatie niet veel meer veranderen, aldus Lietaer (1976).

5.2.3 Procedure

Aan patienten die aangemeld werden voor behandeling op de polikliniek van het Reinier de Graaf Gasthuis / Hippolytusgebouw werd bij aanmelding telefonisch of ter plaatse gevraagd naar de reden van verwijzing. Wanneer deze reden aanleiding verschaftte om de diagnose 'dwangneurose' te overwegen, werd de patient onderzocht aan de hand van de selectiecriteria.

Wanneer de patient voldeed aan deze criteria werd met behulp van een semi-gestructureerd interview informatie verzameld over de klachten en werd een formele intake gedaan, waarbij de motivatie met de lijst volgens Duivenvoorden (1982) onderzocht werd.

Een tweede ervaren psychiater beoordeelde vervolgens nogmaals de ernst van de depressieve klachten en een eventueel aanwezige psychose (zie fig. 22). De patient werd geïnformeerd over de doelstellingen van het onderzoek en kreeg informatie over de behandelingsprocedure. Hierna werd de patient formeel gevraagd te participeren in het onderzoek. Dan volgde de eerste meting; deze werd gedaan door een psycholoog die alleen de metingen deed en niet op de hoogte was van de behandeling en de behandelingsresultaten. De eerste meting bestond uit de volgende onderzoeken:

- Zelfbeoordelingsschaal voor Depressie volgens Zung;
- Zelfbeoordelingsvragenlijst voor Angst volgens Van der Ploeg, Defares en Spielberger;
- Vragenlijst naar Levensgebeurtenissen volgens Holmes en Rahe;
- Realiteitsschaal voor Dwangverschijnselen naar Foa;
- Zelf-Analyse Vragenlijst voor Boosheid volgens Van der Ploeg, Defares en Spielberger;
- Verkorte Groningen Intelligentie Test volgens Sniijders en Verhage;
- Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst volgens Lange.

Vervolgens werd de patient at random verwezen naar een van de drie therapeuten die de behandeling doen. Daarbij werd gebruik gemaakt van een tabel met random-getallen (zie Fleiss, 1979). De drie therapeuten (psychologen) hadden allen meerdere jaren ervaring met de behandeling zoals hier beschreven.

Tijdens de ongeveer één uur durende intake kreeg de patient een registratie-opdracht. De patient werd verzocht voor het (de) belangrijkste dwangsympto(om)(en) een uitvoerige registratie bij te houden. Frequentie en soms duur van de klachten werden op speciale registratielijsten bijgehouden; deze gegevens werden grafisch weergegeven. De eventuele verbetering werd in percentages weergegeven en werd als maat voor verbetering gebruikt.

Wanneer de patienten 30% of minder verbeterd waren, werd de behandeling als mislukt beschouwd.

Na tien zittingen (of eerder indien de patient vóór de tiende zitting hersteld was of had afgehaakt) volgde een tweede meting. Deze werd afgenomen door dezelfde psycholoog die de eerste meting afnam.

Deze nameting bestaat uit de afname van de volgende vragenlijsten:

- Vragenlijst Therapeutische Relatie volgens Lietaer;
- bovendien voor de tweede maal:
- Zelfbeoordelingsschaal voor Depressie volgens Zung;
 - Zelfbeoordelingsvragenlijst voor Angst volgens Van der Ploeg, Defares en Spielberger;
 - Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden volgens Kraaimaat en Van Dam-Baggen;
 - Vragenlijst naar Levensgebeurtenissen volgens Holmes en Rahe.

Deze nameting betekent het einde van de deelname van de patient aan het onderzoek. Voor een schematisch overzicht van de procedure: zie fig. 22.

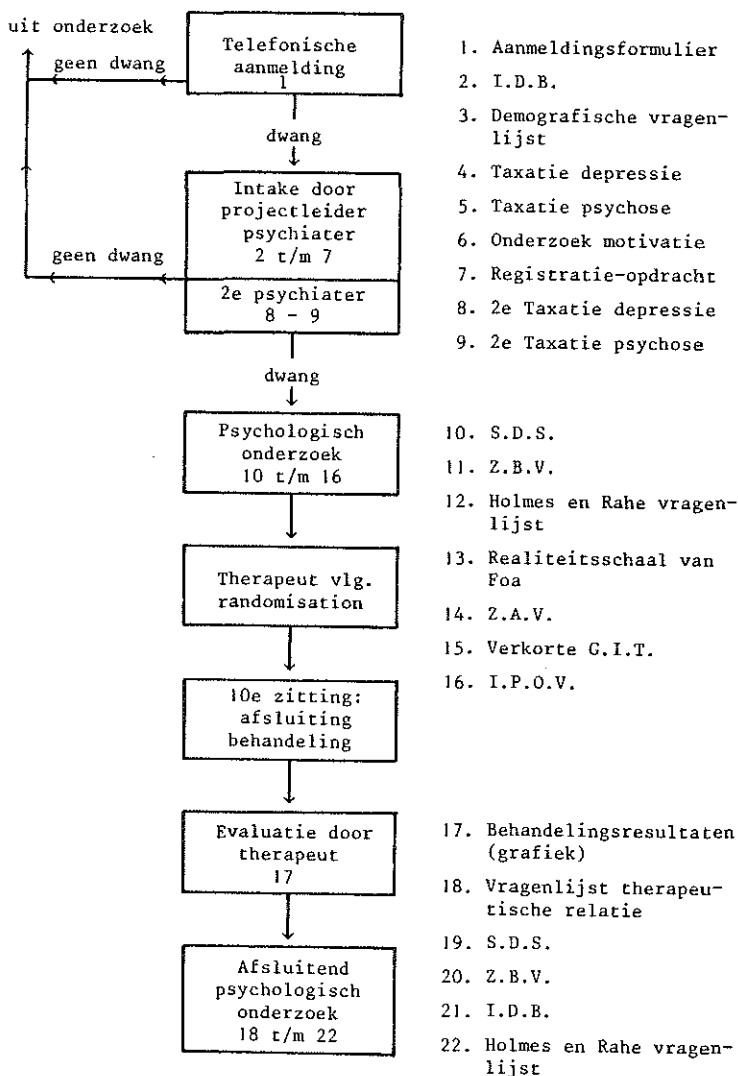


Fig. 22: Schematische weergave van de procedure.

Hoofdstuk 6

ALGEMENE RESULTATEN

6.1 Patientenselectie

Aan 60 achtereenvolgend aangemelde patiënten die voldeden aan de selectiecriteria werd gevraagd aan het onderzoek mee te werken. De patiënten verklaarden zich akkoord nadat ze op de hoogte waren gebracht van de behandelingsstrategie en de doelstellingen van het onderzoek. Op het moment dat de 60 patiënten geaccepteerd waren voor het onderzoek, hadden zich 62 patiënten aangemeld met de diagnose 'dwangneurose'. Een 31-jarige vrouw met de dwanggedachte haar kind agressief te bejegenen, scoorde op de I.D.B. 65; zij werd op grond van het feit dat zij niet voldeed aan de inclusiecriteria buiten het onderzoek gehouden. Een tweede patiënt weigerde aan het onderzoek deel te nemen; dit was een 45-jarige vrouw. Tijdens de intake begon ze met de mededeling niet te weten of ze wel in behandeling wilde komen. Ze voelde zich afgewezen door haar vorige therapeut. Haar dwang bestond onder meer uit langdurige aankleedrituelen. Het contact beperkte zich tot een bespreking van de te verwachten behandeling. Patiënte werd geadviseerd nog eens met haar therapeut te overleggen. Na een week belde ze op met de mededeling van de behandeling af te zien. Van de overige 60 patiënten waren er drie die zich voor een klinische behandeling aanmeldden. Geprobeerd is hen voor een poliklinische behandeling te motiveren. Bij één patiënt lukte dit. De andere twee werden voor een korte opname op de P.A.A.Z. opgenomen. Deze opname bestond uit een crisisinterventie, waarbij de dwangproblematiek niet behandeld werd. Na een opnameduur van resp. een week en twee weken werden zij alsnog bij het onderzoek betrokken. Gemeend werd dat dit een juiste beslissing was omdat bij niet opnemen van deze twee patiënten in het project het gevaar zou bestaan zeer ernstige dwangpatiënten buiten het onderzoek te houden. Bij twee patiënten verschilden de onderzoekers van mening over de ernst van de depressie. De eerste patiënte was een vrouw van 71 jaar. Reeds 22 jaar ging zij gebukt onder dwanggedachten. Zij was eerder - zonder veel succes - met antidepressiva behandeld. Gemeend werd in dit geval er juist aan te doen patiënte in het project op te nemen.

De andere patiënte was een vrouw van 51 jaar oud die sinds 23 jaar gebukt ging onder de klachten. Patiënte had niet alleen uitgebreide dwangproblemen, maar zij was ook erg verdrietig omdat een kind waar ze erg aan gehecht was, het huis ging verlaten. Besloten werd de depressieve verschijnselen op te vatten als gevolg van het aanstaande vertrek van haar zoon (die haar zeer behulpzaam was geweest bij haar huishoudelijke problemen) en haar toe te laten tot het onderzoek.

Er werden gedurende de periode waarin de patiënten werden geselecteerd ten behoeve van het onderzoek geen patiënten aangemeld die jonger waren dan 16 jaar. Ook werden op grond van psychose, organisch psychosyndroom en hoofddiagnose depressie (D.S.M.-III) geen patiënten met dwangverschijnselen van het onderzoek uitgesloten.

6.2 Demografische gegevens

Van de patiënten werden gegevens verzameld over geslacht, burgerlijke staat en opleidingsniveau.

Tabel 8: Verdeling naar geslacht.

Geslacht	n	%
Mannen	22	37
Vrouwen	38	63
Totaal	60	100

De groep van 60 patiënten is opgebouwd uit 38 vrouwen (63%) en 22 mannen (37%) (zie tabel 8).

Wanneer naar de burgerlijke staat van de mannen en de vrouwen gekeken wordt, valt op dat 26 van de 38 vrouwen (68%) gehuwd zijn en 9 van de 22 mannen (41%) (zie tabel 9). Van de vrouwen zijn er 6 ongehuwd en niet samenwonend (1 weduwe) (16%); bij de mannen is dit bij 12 van de 22 het geval (55%). Deze verschillen zijn significant met de χ^2 -toets ($p < 0,01$).

Tabel 9: Sexe in relatie tot burgerlijke staat.

Burgerlijke staat	♀		♂		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
Gehuwd	26	68	9	41	35	58
Ongehuwd	5	13	12	55	17	28
Samenwonend	6	16	1	4	7	12
Weduwe/weduwenaar	1	3	-	-	1	2
Totaal	38	100 ¹⁾	22	100	60	100

De verdeling naar opleidingsniveau laat met betrekking tot de hogere opleidingen en alleen lager onderwijs verschillen zien. De vrouwen hebben vaker alleen lager onderwijs dan de mannen, resp. 21% en 5%, terwijl de mannen vaker een hogere opleiding, zoals H.B.O. en Universiteit doorlopen hadden dan de vrouwen, resp. 28% en 8% (zie tabel 10). Deze verschillen in opleidingsniveau zijn niet significant (χ^2 -toets: n.s.).

Tabel 10: Sexe in relatie tot opleidingsniveau.

Opleidingsniveau	♀		♂		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
Lager onderwijs	8	21	1	5	9	15
Lager Techn. Ond.	6	16	4	18	10	17
Mavo	14	37	7	32	21	35
V.W.O.	7	18	4	18	11	18
H.B.O.	1	3	3	14	4	7
Universiteit	2	5	3	14	5	8
Totaal	38	100	22	100	60	100

¹⁾ Als som van de percentages wordt steeds het getal 100 gegeven, ook al zou de som ten gevolge van de afrondingen van de diverse percentages 101 of 99 bedragen.

6.3 Gegevens over dwangverschijnselen

6.3.1 Uitlokkende factoren

Aan de patienten werd gevraagd een mogelijke oorzaak voor het ontstaan van de dwangverschijnselen te geven. Vele patienten bleken hiertoe niet in staat. In tabel 11 wordt een overzicht van de door de patienten genoemde oorzaken gegeven.

Tabel 11: Overzicht van de factoren door de patient verantwoordelijk geacht voor het ontstaan van de dwangklachten.

Oorzaken	♀		♂		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
Zwangerschap en bevalling	6	16	-	-	6	10
Dood van kennis of familie	3	8	1	5	4	7
Medische ingreep of ziekte	3	8	1	5	4	7
Verhuizing	3	8	-	-	3	5
Huwelijk	2	6	-	-	2	3
Verandering van werk	-	-	1	5	1	2
Ongeval door schuld	-	-	1	5	1	2
Examen	1	3	-	-	1	2
Inbraak	1	3	-	-	1	2
Meerdere van bovenstaande factoren	-	-	1	5	1	2
Geen oorzaak	19	50	17	77	36	60
Totaal	38	100	22	100	60	100

Zwangerschap en bevalling worden door vrouwelijke patienten nogal eens als oorzaak genoemd voor het ontstaan van de dwangklachten. Vrouwen geven vaker een oorzaak aan dan mannen, resp. 50% en 23%. De verschillen zijn niet significant (χ^2 -toets: n.s.).

6.3.2 Indeling

Er bestaan diverse typologieën en indelingen van dwangverschijnselen (Ahktar et al., 1975; Dowson, 1977; zie ook Trijsburg, 1981). Een

groot probleem bij deze indelingen is de grote overlap die er tussen de diverse categorieën bestaat. Rachman en Hodgson (1980) doen een voorstel de dwangverschijnselen te rubriceren in een drietal categorieën:

1. overwegend controlerituelen;
2. overwegend poets- en schoonmaakrituelen;
3. geen dwanghandelingen, alleen dwanggedachten.

Deze indeling is gebruikt voor de bij het onderzoek betrokken patiënten (zie tabel 12).

Tabel 12: Indeling van de dwangverschijnselen volgens Rachman en Hodgson (1980).

Dwangverschijnselen	♀		♂		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
1. controlerituelen	13	34	12	55	25	42
2. poets- en schoonmaakrituelen	13	34	4	18	17	28
3. alleen dwanggedachten	9	24	3	14	12	20
4. onduidelijk	3	8	3	14	6	10
Totaal	38	100	22	100	60	100

Verschillen tussen mannen en vrouwen worden gevonden met betrekking tot de checkers (controlerituelen) en de poetsers (was- en schoonmaakrituelen). Controleren komt bij mannen relatief vaker voor dan bij vrouwen, resp. 55% en 34%; poetsen komt bij vrouwen meer voor dan bij mannen, resp. 34% en 18%. Deze verschillen zijn evenwel niet significant (X^2 -toets: n.s.).

Bij de analyse van de dwangverschijnselen is er van uitgegaan dat dwanggedachten bij de dwanghandelingen en het dwangmatig vraaggedrag een belangrijke rol spelen (Dowson, 1977). Van de 60 patiënten vertoonden er 12 patiënten geen dwangrituelen van betekenis. Bij 48 patiënten stonden handelingen en rituelen op de voorgrond. Alle 60 patiënten bleken last te hebben van dwanggedachten.

In tabel 13 wordt de inhoud van deze gedachten en het aantal patiënten bij wie deze gedachten gevonden zijn, weergegeven. Wat hierbij opvalt is dat de dwangverschijnselen meestal met één bepaald thema samenhangen. De gedachte besmet te zijn bijv. kan tot uitgebreide schoonmaakrituelen en vermijdingsgedrag leiden. Er zijn patiënten die twee of drie van dergelijke thema's hebben. De concrete inhoud van de gedachte is bij sommige patiënten zeer bizar. Er was bijv. een vrouw die in de vrees leefde dat als zij binnen was het dak en als zij buiten was de hemel op haar hoofd kon vallen. Andere gedachten zijn meer in het normale leven verankerd, bijv. angst voor sterfgevallen in de familie of voor het krijgen van ziekten (zie tabel 13).

Tabel 13: Inhoud van de dwanggedachten.

Inhoud van de dwanggedachte	♀		♂		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
Ik doe iets ergs, maak een fout, het is niet goed	16	42	13	59	29	48
Ik krijg een ziekte, ik ben besmet of ga dood	15	39	6	27	21	35
Ik ben vuil, het is vuil	17	45	3	14	20	33
Er gebeurt iets ergs	4	11	4	18	8	13
Ik moet een beslissing nemen	-	-	2	9	2	3
Die vreselijke beelden	2	5	-	-	2	3
Ik ben wat kwijt	1	3	-	-	1	2
Ik hoor iets	1	3	-	-	1	2
Totaal	56	100	28	100	84	100

Er waren geen opvallende verschillen ten aanzien van de inhoud van de dwanggedachten bij mannen en bij vrouwen. Alleen de gedachteinhoud vuil te zijn, kwam bij vrouwen vaker voor dan bij mannen, resp. 45% en 14% (χ^2 -toets: n.s.).

In totaal werden bij de 60 patiënten 84 thema's (38 vrouwen: 56 en 22 mannen: 28) gevonden.

Bij alle patienten werden neutraliserende gedachten en/of cognitieve rituelen waargenomen. Deze varieerden van: "Het zal wel niet gebeuren" tot ingewikkelde telrituelen. Eén patiente bijv. slaagde erin de dwanggedachten te doen verdwijnen wanneer ze ongestoord en zonder gebruik van de getallen 3 en 4 tot 100 kon tellen; het getal 100 werd als een 'goed' getal beschouwd.

Bij het onderzoek naar de betekenis van het dwangmatig vragenstellen aan de partner werden de samenwonenden (n = 7) en de gehuwden (n = 35) samengevoegd tot één groep (n = 42). Over deze groep is met betrekking tot het vragen stellen en het proberen een geruststellend antwoord te krijgen, het volgende te rapporteren: bij deze 42 paren bleek vraagdwang om geruststelling te krijgen 29 maal voor te komen (69%). De drie patienten onder de 21 jaar die nog thuiswoonden, stelden alle drie dergelijke vragen aan hun ouders.

6.3.3 Ernst en duur

Bij de patienten werden gegevens met betrekking tot de leeftijd bij het begin van de klachten, de leeftijd bij aanmelding voor behandeling en de duur van de klachten verzameld (zie tabel 14).

Tabel 14: Leeftijdsverdeling bij begin van de klachten en duur van de klachten.

Leeftijd begin van klachten	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
> 50 j	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40 - 50 j	-	-	5	5	3	5	3	-	-	-
30 - 40 j	3	5	5	9	-	-	-	-	-	-
20 - 30 j	13	5	18	5	8	5	8	-	-	-
10 - 20 j	-	9	3	18	5	18	16	14	3	-
< 10 j	-	-	3	-	3	-	-	5	3	-
Duur van klachten	< 2 j		2 - 10 j		10 - 20 j		20 - 30 j		≥ 30 j	

De dwangverschijnselen beginnen op jeugdige leeftijd: bij 47 patienten vóór het 30ste jaar (78%). Bij 23 patienten ontstonden de klachten tussen het 10e en 20e jaar (38%).

Bij de mannen bleek 64% voor het 20e jaar de klachten te ontwikkelen; bij de vrouwen was dit bij 36% het geval. Dit verschilt significant (Mann Whitney-toets: $p < 0,05$). Bij de vrouwen kwam een klachtenduur van meer dan 20 jaar vaker voor dan bij de mannen, resp. 33% en 19% (Mann Whitney-toets: n.s.). De gemiddelde leeftijd bij het begin van de klachten is 25 jaar bij een gemiddelde klachtenduur van 11 jaar en 1 maand.

De ernst van de dwangverschijnselen is te meten met behulp van de Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden (I.D.B.), volgens Kraaimaat en Van Dam-Baggen (1975). Deze lijst werd afgenomen tijdens de selectiefase (een score van ≥ 67 was nodig om toegelaten te worden tot het onderzoek). De scores van de patienten worden in tabel 15 weergegeven.

Tabel 15: Scores gemeten met de Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden (I.D.B.) volgens Kraaimaat en Van Dam-Baggen (1975).

I.D.B.	M ♀	M ♂	M ♀+♂	Grenzen
M-score	102	104	103	73 - 138

De score laat geen significante verschillen zien tussen vrouwen en mannen (Mann Whitney-toets: n.s.). Dat betekent dat het dwangmatig gedrag zoals dit bij de vrouwelijke en mannelijke patienten voorkwam geen verschillen liet zien.

6.3.4 Voorgaande behandelingen

Van de vrouwen werd 37% eerder klinisch behandeld; van de mannen was dit 14%. Van de vrouwen werd 79% eerder poliklinisch behandeld; van de mannen 73%.

In totaal werden 46 patienten eerder poliklinisch behandeld, meestal meerdere malen door verschillende therapeuten, volgens diverse methodieken (zie tabel 16).

Van de 60 patienten zijn er 13 nooit eerder behandeld geweest. Er kregen 17 patienten eerder een klinische behandeling; één patient onderging een dagbehandeling (zie tabel 16).

Tabel 16: Overzicht van eerdere behandelingen.

Eerdere behandelingen	♀		♂		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
Nooit eerder behandeld	8	21	5	23	13	22
Eerder poliklinisch behandeld	30	79	16	73	46	77
Eerder klinisch behandeld	14	37	3	14	17	28
Eerder dagbehandeling ondergaan	-	-	1	5	1	2

Met betrekking tot voorgaande poliklinische behandelingen werden tussen mannen en vrouwen geen significante verschillen gevonden (χ^2 -toets: n.s.). Het verschil in klinische behandelingen bij de vrouwen (37%) en de mannen (14%) is significant (χ^2 -toets: $p < 0,05$).

Aantal
patienten

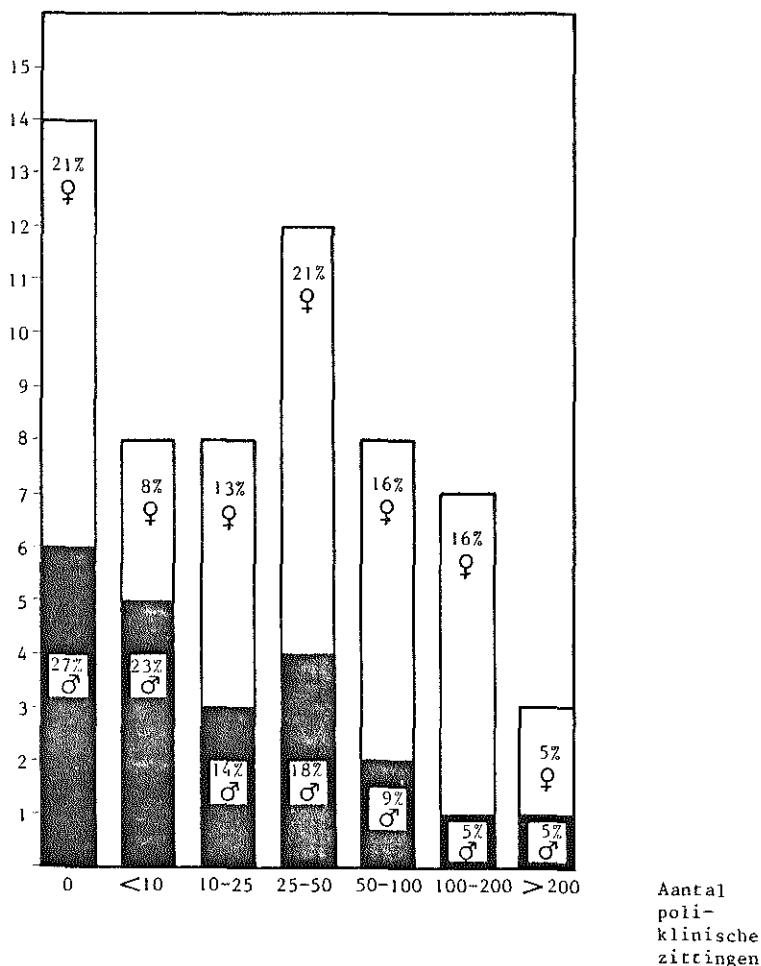


Fig. 23: Staafdiagram waarin de voorgaande poliklinische behandelingen weergegeven worden.

Het aantal voorgaande poliklinische behandelingen van de patiënten laat geen significante verschillen zien tussen vrouwen en mannen (Mann Whitney-toets: n.s.) (zie fig. 23).

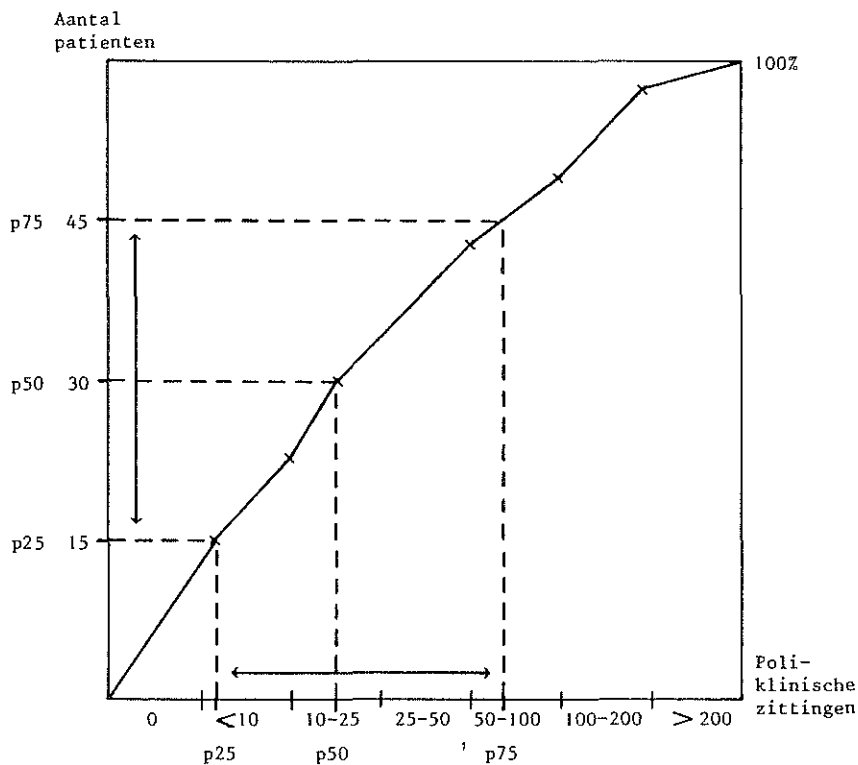


Fig. 24: Cumulatiegrafiek voorgaande poliklinische zittingen.

De mediaan (p50) bedraagt 15 poliklinische zittingen. Voor de middelste 50% ligt het aantal zittingen tussen 1 en 69 (zie fig. 24).

Van de 60 patienten zijn er 17 die een voorgaande klinische behandeling hebben gekregen (zie tabel 17).

Tabel 17: Overzicht van de opnameduur.

Opnameduur	♀		♂		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
geen	24	63	19	86	43	72
< 2 weken	1	3	-	-	1	2
2 - 5 weken	5	13	1	5	6	10
5 - 10 weken	2	5	1	5	3	5
10 - 20 weken	2	5	-	-	2	3
20 - 50 weken	1	3	1	5	2	3
> 50 weken	3	8	-	-	3	5
Totaal	38	100	22	100	60	100

Er is een opvallend verschil in voorgaande klinische behandelingen tussen de vrouwen en mannen, resp. 37% en 14%. Mannen bleken significant minder vaak opgenomen te zijn (Mann Whitney-toets: $p < 0,05$).

Uit de gegevens blijkt voorts dat de klinische behandelingen in de meeste gevallen (71%) minder dan 20 weken in beslag namen.

6.3.5 Psychofarmacagebruik

Op het moment van aanmelding gebruikten 23 patienten psychofarmaca. Bij deze patienten bevond zich slechts één mannelijke patient. De medicatie bestond bij 18 gevallen uit benzodiazepines, al of niet in combinatie met antidepressiva, neuroleptica, Lithium, barbituraten of stimulantia. Een patient gebruikte drie soorten anti-braakmiddelen. Een patient gebruikte alleen een neurolepticum, twee patienten alleen antidepressiva en één patient een combinatiepreparaat bestaande uit een antidepressivum en een neurolepticum (zie tabel 18). Van de vrouwelijke patienten gebruikte 42% geen psychofarmaca; van de mannen 95%. Dit verschil is significant (χ^2 -toets: $p < 0,001$).

Tabel 18: Het gebruik van psychofarmaca op het moment van aanmelding.

Psychofarmaca ¹⁾	♀		♂		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
Benzodiazepines	18	47	-	-	18	30
Neuroleptica	4	11	-	-	4	7
Antidepressiva	2	5	1	5	3	5
Lithium	1	3	-	-	1	2
Barbituraten	1	3	-	-	1	2
Stimulantia	1	3	-	-	1	2
Anderszins	1	3	-	-	1	2
Geen	16	42	21	95	37	62

6.4 Discussie

Van de 61 patienten aangemeld met de diagnose 'dwangneurose' en geaccepteerd voor het onderzoek, weigerde één patient de behandeling (2%). Emmelkamp vermeldt dat 9% van zijn patienten na informatie afziet van behandeling (Emmelkamp & Kraanen, 1977; Emmelkamp et al., 1980), Foa steit 12% (Foa & Goldstein, 1978; Foa et al., 1983b) en Rachman ten slotte noemt 25% (Marks et al., 1975). Een verklaring voor het lage percentage weigeraars van dit onderzoek zou gelegen kunnen zijn in het gegeven dat de patient er niet voor opgenomen behoeft te worden en het huiselijk leven en het werk gewoon door kunnen gaan. Bovendien interfereert de behandeling niet met de werkactiviteiten. Bij Foa en Rachman is dit wel het geval. Bij deze onderzoekers vindt de behandeling veelal klinisch plaats en mogelijk heeft dit bijgedragen tot het

¹⁾ In dit overzicht van de psychofarmaca zijn ook Lithium en de anti-braakmiddelen van één patient ondergebracht.

grote aantal weigeringen. Een derde argument voor het geringe aantal patienten dat weigerde, is dat in het hier beschreven onderzoek bij de uitleg steeds gesproken wordt van geleidelijke responspreventie en geleidelijke exposure, hetgeen bij Foa en Rachman vaak niet het geval is. De verschillen met Emmelkamp zijn minder groot; de door hem gegeven uitleg en de daarop volgende behandeling verschillen weinig van de in dit onderzoek gevolgde procedure.

Een probleem is dat de diverse onderzoekers vaak een eigen wijze van selecteren hebben, waardoor resultaten een verschillende betekenis kunnen hebben. Foa neemt alleen ernstige (?) dwangpatienten in behandeling, nl. "die patienten met symptomen die ernstig genoeg zijn om significant te interfereren met het dagelijks functioneren"; bovendien moeten de patienten goed te onderscheiden dwanghandelingen hebben (Foa et al., 1983a; Foa & Goldstein, 1978). Ook Emmelkamp sluit soms patienten uit van onderzoek "omdat de klachten te licht zijn" (Emmelkamp et al., 1980). Het toepassen van onduidelijke selectiecriteria brengt met zich mee dat eveneens onduidelijk wordt op welke populatie evt. conclusies van toepassing zijn. Foa bijv. vermeldt niet bij hoeveel patienten zij de klacht niet vond interfereren met het dagelijks leven. Emmelkamp et al. (1980) vermelden dat zij 14% van de aangemelde patienten uit het onderzoek uitsloten, omdat hun klachten te licht waren. Bovendien werden patienten uit het onderzoek gehouden omdat de klachten overwegend uit dwanggedachten bestonden; klachten die minder gemakkelijk met een gedrags-therapeutisch programma bestaande uit exposure en responspreventie, zouden zijn aan te pakken.

In dit onderzoek zijn met betrekking tot de selectie de D.S.M.-III-criteria gehanteerd en de scores op de Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden van Kraaimaat en Van Dam-Baggen (1975). Zij vonden bij 44 patienten met een dwangneurose een score ≥ 67 . Deze score werd bij dit onderzoek eveneens als ondergrens aangenomen. Trijsburg (1981) vond bij 18 patienten met een dwangneurose een score op de I.D.B. ≥ 80 .

In dit onderzoek worden aanmerkelijk meer vrouwen dan mannen aangetroffen. Bij andere onderzoekers vindt men dezelfde teneur. Pollitts (1957) populatie bestond voor 58% uit vrouwen; de groep die Ingram (1961) onderzocht voor 62%. De voor de hand liggende gedachte dat dwangneurosen vaker bij vrouwen dan bij mannen voorkomen, wordt evenwel niet bevestigd door het onderzoek van Black (1974). Hij verzamelde 11 onderzoeken waarbij in totaal 1.336 patiënten waren betrokken; deze populatie kon verdeeld worden in 651 mannelijke en 685 vrouwelijke patiënten (49% en 51%). Dit maakt een gelijke verdeling van het voorkomen van de dwangneurose in de beide geslachten aannemelijk. Verklaringen voor soms gevonden verschillen worden toegeschreven aan cultuurverschillen of aan praktische omstandigheden (Black, 1974), zoals het feit dat mannen meestal werken en zich moeilijk vrij kunnen maken voor een behandeling.

Patiënten met een dwangneurose zouden opvallend vaak alleenstaand zijn. Black (1974) noemt na een literatuuronderzoek een percentage van 40% - 50%. In dit onderzoek komt het percentage ongehuwd / niet samenwonend aanmerkelijk lager uit: 28%.

Een andere constante bevinding is dat veel mannen ongehuwd zijn, anders dan vrouwen (zie voor een overzicht: Black, 1974); een verschil dat in dit onderzoek eveneens significant bleek: 16% van de vrouwelijke en 55% van de mannelijke patiënten bleek ongehuwd / niet samenwonend.

In dit onderzoek werd door 40% van de patiënten het ontstaan van de dwangneurose toegeschreven aan een bepaalde oorzaak. Door diverse auteurs (zie Pollitt, 1957; Kringlen, 1965; Black, 1974) worden percentages gegeven van 30 - 66%. Ingram (1961) vermeldt dat in 17% van de gevallen zwangerschap en bevalling als belangrijkste factor werd aangewezen. In dit onderzoek is dit eveneens de belangrijkste factor (10% van alle patiënten). Ook de dood van een familielid wordt een belangrijke factor genoemd. Pollitt (1957) vond deze in 15% van de gevallen; in dit onderzoek wordt dit in 4% van de gevallen als mogelijke oorzaak genoemd. Deze gegevens moeten met voorzichtigheid gehanteerd worden. De uitlokkende factoren 'zwangerschap en bevalling' werden door patiënten met een algemene angststoornis in 6% van de gevallen als oorzaak genoemd; de dood van een familielid bij patiënten met een algemene angststoornis in 14% van de gevallen (Ingram, 1961).

Samengevat blijkt slechts een minderheid van de patiënten met een dwangneurose het ontstaan van de klachten toe te schrijven aan stresserende gebeurtenissen.

Het aantal patiënten met een dwangneurose dat alleen dwanggedachten heeft, wordt verschillend aangegeven: Dowson (1977) noemt 15%; Ahktar et al. (1975) noemen 24% en Kirk (1983) 44%. In dit onderzoek heeft 20% van de patiënten alleen dwanggedachten (12 patiënten). De verdeling van patiënten met alleen dwanggedachten en patiënten met dwanggedachten en -handelingen komt in grote lijnen hiermee overeen.

De inhoud van de dwanggedachten komen overeen met de bevindingen die door andere onderzoekers gerapporteerd zijn (vgl. Ahktar et al., 1975; Dowson, 1977; Stern & Cobb, 1978).

De bevinding dat bij de patiënten in dit onderzoek bij 78% de klachten vóór het 30ste jaar zijn begonnen, sluit aan bij de bevindingen van Black (1974) die bij 74% van de 357 patiënten een begin vóór het 30ste jaar vaststelde. Het in dit onderzoek gevonden (significante) verschil tussen het begin van de klachten bij mannen en vrouwen wordt in de literatuur niet beschreven (Pollitt, 1957).

De gemiddelde leeftijd waarop de klachten van de patiënten uit dit onderzoek begonnen zijn, bedraagt 25;0 jaar. Dit komt overeen met de bevindingen van andere auteurs: Lo (1967): 23;1 jaar; Ingram (1961): 24;7 jaar; Foa (1983a): 23;2 jaar.

De duur van de symptomen aan het begin van de behandeling bedraagt in dit onderzoek 11 jaar en 1 maand; eveneens vergelijkbaar met andere auteurs: Foa et al. (1983a): 11 jaar; Emmelkamp en Kraanen (1977): 16 jaar; Emmelkamp et al. (1980): 9 jaar.

Samenvattend kan gesteld worden dat de patiënten van dit onderzoek met betrekking tot het voorkomen van patiënten in de groep met alleen dwanggedachten, de inhoud van de dwanggedachten, de leeftijd van het begin van de klachten en de duur van de klachten, overeenkomen met de patiëntenpopulatie waarover andere onderzoekers gerapporteerd hebben.

Bij het tot stand komen van de groep patiënten weigerde slechts één patient de behandeling en werd één patient ten gevolge van een score op de I.D.B. van 65, uitgesloten, met als gevolg dat er een redelijke kans is dat uitspraken gedaan over deze groep patiënten betekenis hebben voor dwangpatiënten in het algemeen.

Hoofdstuk 7

OVERZICHT VAN DE VERANDERINGEN: MISLUKKING EN SUCCES

De beslissing of er in een bepaald geval sprake was van een mislukking of een succes werd gebaseerd op de door de patient zelf geregistreeerde gegevens. Hiertoe hielden de patienten frequentie en/of duur van de belangrijkste dwangverschijnselen bij. Daarnaast werden ernst van de depressie, niveau van de angst en ernst van de dwangverschijnselen vóór de behandeling en na de 10e zitting gemeten, of eerder als de behandeling eerder beëindigd werd (zie tabel 19, blz. 163).

7.1 Zelfregistratie en succes of mislukking

Op grond van de gegevens verkregen door de zelfregistratie valt over de resultaten het volgende te rapporteren (de percentages zijn gerubriceerd in decielen; zie fig. 25).

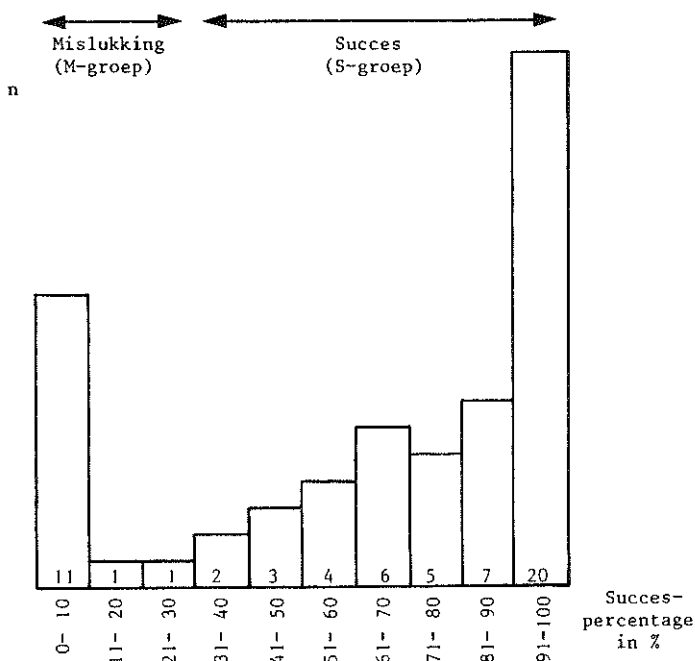


Fig. 25: Overzicht succespercentages (n= 60).

In navolging van Foa wordt de behandeling van de patienten die $\leq 30\%$ verbeterden als mislukt beschouwd (Foa et al., 1983a). Op grond van de registratiegegevens kan er dus een groep succesvol behandelde patienten (S-groep; n = 47) en een groep patienten bij wie de behandeling mislukte (M-groep; n = 13) onderscheiden worden. ¹⁾

De M-groep is samengesteld uit vijf drop-outs en acht patienten die ondanks het feit dat zij in behandeling bleven, geen baat bij de behandeling hadden.

Drop-outs

- Patient 5: Deze patient moest ongeveer 200 km reizen naar de polikliniek; zij besloot op de zesde zitting dat ze niet voldoende vooruitgang en staaakte de behandeling.
- Patient 23: Verbeterde niet en bleef vervolgens zonder verdere berichten na de vijfde zitting weg.
- Patient 38: Deze patient had naast de aanmelding voor het project een aanvraag voor relatietherapie lopen bij een I.M.P. Na vijf zittingen kreeg zij bericht dat zij bij het I.M.P. kon komen en zij besloot de behandeling voor de dwangverschijnselen te beëindigen.
- Patient 43: Weigerde van het begin af te registreren. Relationale problemen met man en oudste zoon (die uit huis vertrok) veroorzaakten een crisis. Onverbeterd verbrak zij de behandeling na acht zittingen.
- Patient 58: Kwam na drie zittingen tot de conclusie dat niet de dwang haar grootste probleem was, maar eenzaamheid; ze weigerde een programma en stopte de behandeling.

Mislukte behandelingen in engere zin

- Patient 3: Liep na acht zittingen thuis volledig vast. De ouders konden hem niet langer thuis hebben - dit was al eerder gebeurd en hij woonde dan enige tijd bij familie -; nu werd besloten tot een advies voor verdere klinische behandeling. Dit werd gerealiseerd.
- Patient 24: Deze behandeling werd op grond van het ontbreken van vooruitgang als mislukking gewaardeerd.
- Patient 27: Als patient 24.

¹⁾ Er was geen therapeut bij wie een opvallend aantal mislukkingen gevonden werd; de mislukkingen waren in gelijke mate onder hen verdeeld (resp. 4, 4 en 5).

- Patient 29: Ondanks een goede coöperatie onveranderd op de tiende zitting.
- Patient 36: Deze patient kwam tijdens de behandeling in een relationele crisis. Suïcidale uitingen maakten een advies tot opname noodzakelijk. Dit advies werd geëffectueerd na de achtste zitting.
- Patient 45: Toen het dwangmatig vraaggedrag afnam, volgde een toename van de rituelen: 20% verbeterd.
- Patient 56: Verbeterde slechts 10%, ondanks een goede coöperatie.
- Patient 60: Had ernstige moeilijkheden met haar ouders. Er bestond een voortdurende strijd om de macht. Er was geen verbetering op de tiende zitting.

Foa et al. (1983a) en Emmelkamp et al. (1980) beschouwen drop-outs niet als mislukkingen. Foa vindt dat bij dergelijke patienten de therapeut geen behoorlijke kans heeft gehad met de behandeling. Aan de andere kant is het voorstelbaar dat patienten na enkele zittingen een al dan niet gerechtvaardigd vermoeden krijgen met een dergelijke behandeling niet verder te komen, of bijv. tot de conclusie komen dat zij toch niet bereid zijn de vereiste inzet te betonen en dus afhaken. Wanneer gesproken wordt over mislukking en succes dienen dergelijke patienten gerekend te worden tot de patienten die geen baat hadden bij de behandeling (zie ook de volgende paragraaf).

7.2 Overzicht van de metingen, drop-outs, mislukking en succes

Het zou interessant zijn wanneer er verschillen gevonden zouden kunnen worden tussen zg. drop-outs en de patienten die in strikte zin geen baat hadden bij de behandeling. Om hier achter te komen, werden deze twee subgroepen op de volgende variabelen vergeleken:

- depressie (S.D.S.);
- angst (Z.B.V.-STAI-DY 1 en 2);
- waanachtig beleven van de dwanggedachten (Realiteitsschaal van Foa);
- motivatie (Motivatielijst volgens Duivenvoorden);

- agressie (Z.A.V.-SPI DA en TPI-DA);
- intelligentie (Verkorte G.I.T.);
- probleemoplossend vermogen binnen de relatie (I.P.O.V.);
- dwangmatig gedrag (I.D.B.)

Op deze meetinstrumenten konden geen verschillen vastgesteld worden (Mann Whitney-toets: n.s.). Dit betekent dat er geen verschillen gemeten konden worden tussen de M-groep drop-outs en de rest van de M-groep met betrekking tot depressie, angst, waanachtig beleven en inhoud van de dwanggedachten, motivatie, agressie, intelligentie en interactioneel probleemoplossend vermogen. Evenmin met betrekking tot de ernst van de dwangverschijnselen. Ook analyse van de demografische gegevens en gegevens over eerdere behandelingen lieten geen opvallende verschillen zien. De conclusie kan getrokken worden dat deze gegevens geen steun verlenen aan de opvatting dat de drop-outs als een aparte categorie gezien moeten worden. Daar het echter om een gering aantal patienten gaat, dienen deze gegevens met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

De veranderingen van de patienten uit de S-groep na de behandeling werden vervolgens vergeleken met de veranderingen van patienten uit de M-groep. De patienten werden vóór de behandeling onderzocht met de S.D.S., de Z.B.V. en de I.D.B. Na de tiende zitting (of eerder indien de patient te kennen gaf de behandeling te beëindigen of indien de patient geheel hersteld was) werden deze testen opnieuw afgenomen. ')

De groepen worden vergeleken met betrekking tot de scores op de voor- en nameting. In tabel 19 worden deze gegevens weergegeven. De patienten zijn gegroepeerd naar behandelingsresultaat: drop-out, verbetering tussen 0 en 30%, verbetering tussen 30 en 70% en verbetering \geq 70%.

De scores op de S.D.S., de Z.B.V.-STAI-DY 1 en 2 en de I.D.B. worden vermeld. Ook wordt het aantal zittingen gegeven dat de patient behandeld was vóór het tweede onderzoek plaatsvond. In de laatste kolom wordt het behandelingsresultaat gegeven.

*) Twee patienten bleven weg uit de behandeling en waren niet bereid voor het onderzoek naar het ziekenhuis te komen; zij werden thuis bezocht en test (patient 23 en 43).

Tabel 19: Overzicht van de metingen.

		S.D.S. (depressie)		Z.B.V. (angst)				I.D.B. (dwang)		No zit- ting	Verbete- ring
				toestand		dispositie					
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post		
<u>Drop-outs</u>											
(5)	5	52	53	64	67	74	73	101	105	6	n.v.t.
	23	66	68	61	64	70	67	124	129	5	n.v.t.
	38	30	32	40	36	59	51	98	64	5	n.v.t.
	43	60	53	62	56	75	63	115	117	8	n.v.t.
	58	33	30	52	30	50	41	80	89	3	n.v.t.
<u>Verslechterd/ onveranderd/ verbeterd$\leq 30\%$</u>											
(8)	3	32	36	25	36	43	41	114	89	8	0%
	24	50	47	52	53	57	54	116	124	10	0%
	27	56	50	71	67	71	71	92	93	10	0%
	29	45	59	70	58	57	69	82	81	10	0%
	36	66	60	66	55	72	44	105	114	8	0%
	45	60	56	58	50	74	71	138	148	10	21-30%
	56	45	59	48	34	75	73	111	100	10	11-20%
	60	59	57	44	46	64	57	109	121	10	0%
<u>31 - 70% verbeterd</u>											
(15)	7	45	47	42	47	54	47	90	92	10	61-70%
	17	43	33	41	31	56	41	130	73	10	61-70%
	21	47	40	51	31	66	54	91	89	10	31-40%
	22	53	56	62	70	57	62	111	122	10	61-70%
	26	54	49	61	58	56	51	90	84	10	51-60%
	31	39	37	61	51	64	55	124	116	10	61-70%
	33	70	54	77	45	74	64	122	115	10	41-50%
	35	54	47	44	34	56	47	96	74	10	61-70%
	37	51	47	35	40	63	59	106	100	10	51-60%
	39	37	27	50	37	57	46	123	83	10	41-50%
	42	44	42	67	50	62	68	88	95	10	51-60%
	47	59	46	51	29	68	49	121	82	10	41-50%
	52	31	33	46	46	37	42	86	87	10	61-70%
	55	61	46	57	68	72	62	129	110	10	51-60%
	59	53	38	37	22	55	45	100	87	10	31-40%

		S.D.S. (depressie)		Z.B.V. (angst)				I.D.B. (dwang)		No zit- ting	Verbete- ring
				toestand		dispositie					
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post		
<u>71-100%</u> <u>verbeterd</u>											
(32)	1	54	28	52	27	61	37	83	58	7	91-100%
	2	46	39	40	33	49	47	92	102	10	91-100%
	4	32	35	42	45	50	44	90	69	10	91-100%
	6	38	33	59	37	59	40	86	77	6	91-100%
	8	44	45	56	54	65	58	92	64	10	91-100%
	9	61	48	71	52	65	57	92	66	10	91-100%
	10	58	25	65	20	52	30	80	57	10	91-100%
	11	68	54	68	65	72	65	69	82	10	91-100%
	12	50	30	61	34	50	31	85	64	4	91-100%
	13	48	44	48	38	63	50	90	72	10	81- 90%
	14	53	30	57	33	58	42	99	55	10	91-100%
	15	53	40	59	41	69	53	123	92	10	91-100%
	16	37	26	43	24	45	24	117	67	10	91-100%
	18	56	41	51	32	77	43	136	84	10	91-100%
	19	63	60	35	77	69	62	74	64	10	71- 80%
	20	31	34	37	40	38	47	90	86	10	81- 90%
	25	56	47	74	51	68	63	90	81	10	81- 90%
	28	50	44	36	29	62	48	99	88	10	71- 80%
	30	49	45	52	39	54	56	119	67	10	91-100%
	32	57	55	55	47	73	54	134	82	8	91-100%
	34	47	39	47	31	66	56	118	102	10	91-100%
	40	39	29	34	28	51	35	83	59	10	91-100%
	41	57	47	48	29	60	51	94	97	10	91-100%
	44	45	47	43	39	53	48	76	59	10	71- 80%
	46	41	39	50	45	57	47	89	84	10	91-100%
	48	50	51	39	43	69	63	98	95	10	81- 90%
	49	42	39	50	51	63	54	106	88	10	81- 90%
	50	65	59	75	76	77	73	130	121	10	71- 80%
	51	45	40	61	41	57	45	109	84	10	81- 90%
	53	66	67	59	53	75	75	115	109	10	81- 90%
	54	40	35	46	34	69	53	107	83	10	91-100%
	57	59	53	65	46	70	61	98	86	10	71- 80%

7.3 Depressie

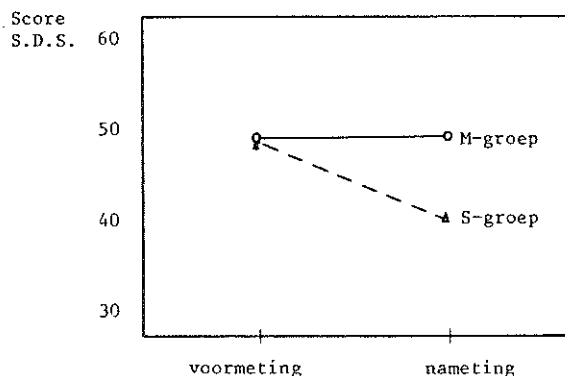


Fig. 26: Gemiddelde scores op de S.D.S. (depressie), voor- en nameting.

De gemiddelde scores op de S.D.S. laten een significante vermindering van de depressiviteit zien bij de patiënten uit de S-groep (Mann Whitney-toets: $p < 0,001$). De scores van de M-groep blijven nagenoeg gelijk. De verbetering van de S-groep verschilt significant van die van de M-groep (Mann Whitney-toets: $p < 0,005$). Dit betekent dat de patiënten uit de S-groep gemiddeld minder depressief waren na afloop van de behandeling dan de patiënten uit de M-groep. Voor de behandeling bestond dit verschil niet (zie fig. 26).

In fig. 27 worden de scores op de S.D.S. bij voor- en nameting voor alle patiënten grafisch weergegeven.

Bij analyse van deze grafiek blijkt geen patient uit de S-groep bij nameting opvallend hoger te scoren op de S.D.S. in vergelijking met de voormeting, evenmin scoort een patient uit de M-groep opvallend lager. Anders gezegd: aanmerkelijke verbetering met betrekking tot depressie vond plaats bij patiënten uit de S-groep en de patiënten uit de M-groep verbeterden nauwelijks, bleven gelijk of verslechterden. Drie patiënten uit de M-groep (no. 3, 38 en 58) scoren laag op de S.D.S. zowel bij voor- als bij nameting.

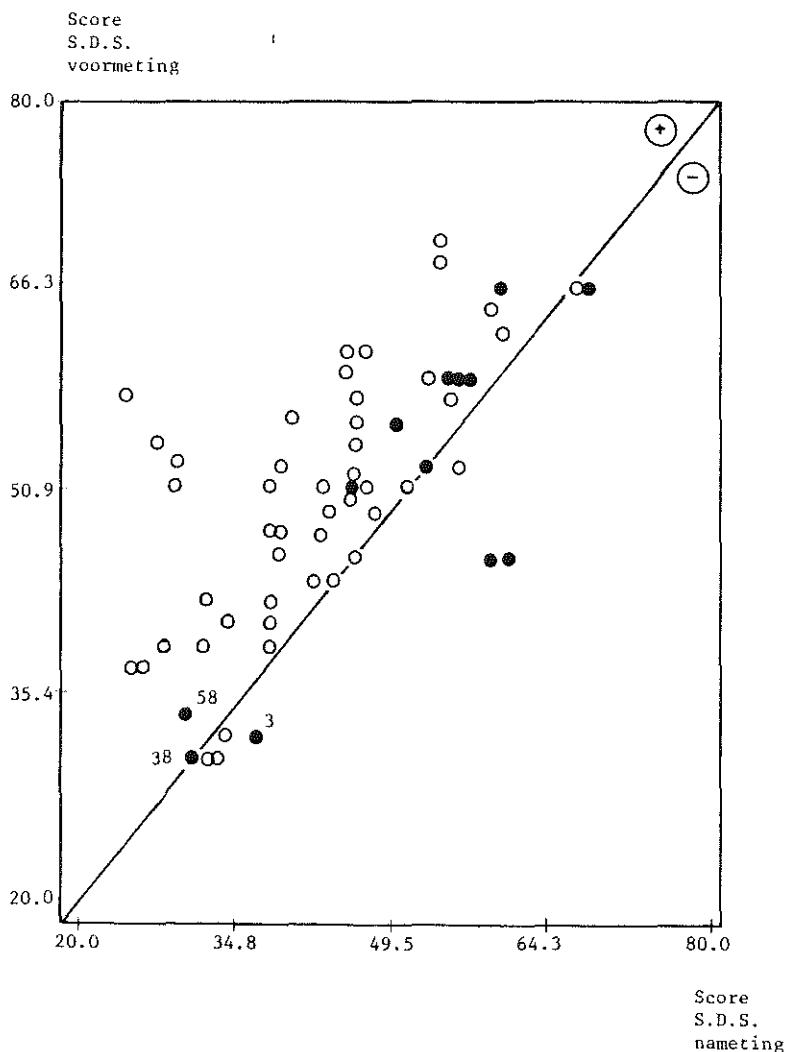


Fig. 27: Grafische weergave van de S.D.S.-score bij voor- en nameting per patient.

- = patient uit de S-groep
- = patient uit de M-groep
- ⊕ = verbeterd met betrekking tot score op de S.D.S.
- ⊖ = verslechterd met betrekking tot score op de S.D.S.

7.4 Angst

Angst werd gemeten met de Z.B.V.-STAI-DY 1 (toestandsangst) en de Z.B.V.-STAI-DY 2 (angstdispositie).

Toestandsangst

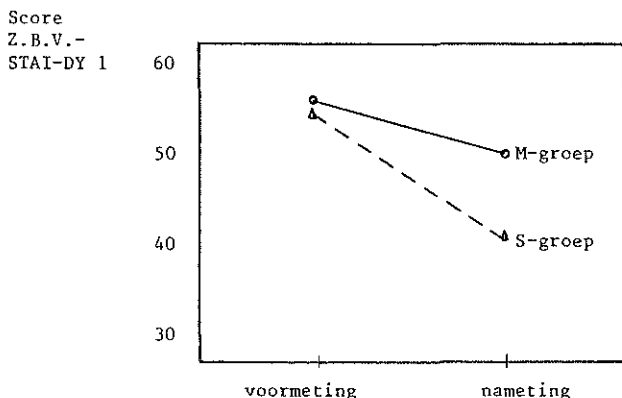


Fig. 28: Gemiddelde scores op de Z.B.V.-STAI-DY 1 (toestandsangst), voor- en nameting.

De gemiddelde scores op de Z.B.V.-STAI-DY 1 laat voor beide groepen een afname zien. De verbetering van de patienten uit de S-groep is significant (Mann Whitney-toets: $p < 0,001$). De verbetering van de patienten uit de M-groep is niet significant (Mann Whitney-toets: n.s.). De gemiddelde angst van de patienten uit de S-groep is afgenomen (zie fig. 28). Het verschil tussen de groepen met betrekking tot verbetering is niet significant (Mann Whitney-toets: n.s.).

In fig. 29 worden de scores op de Z.B.V.-STAI-DY 1, zowel op de voormeting als de nameting grafisch weergegeven voor alle patienten.

Analyse van de grafische weergave van de Z.B.V.-STAI-DY 1-scores levert één patient op met een zeer afwijkende score in vergelijking met de overige patienten uit de S-groep (patient no. 19), met een zeer hoge score op de nameting in vergelijking met de voormeting.

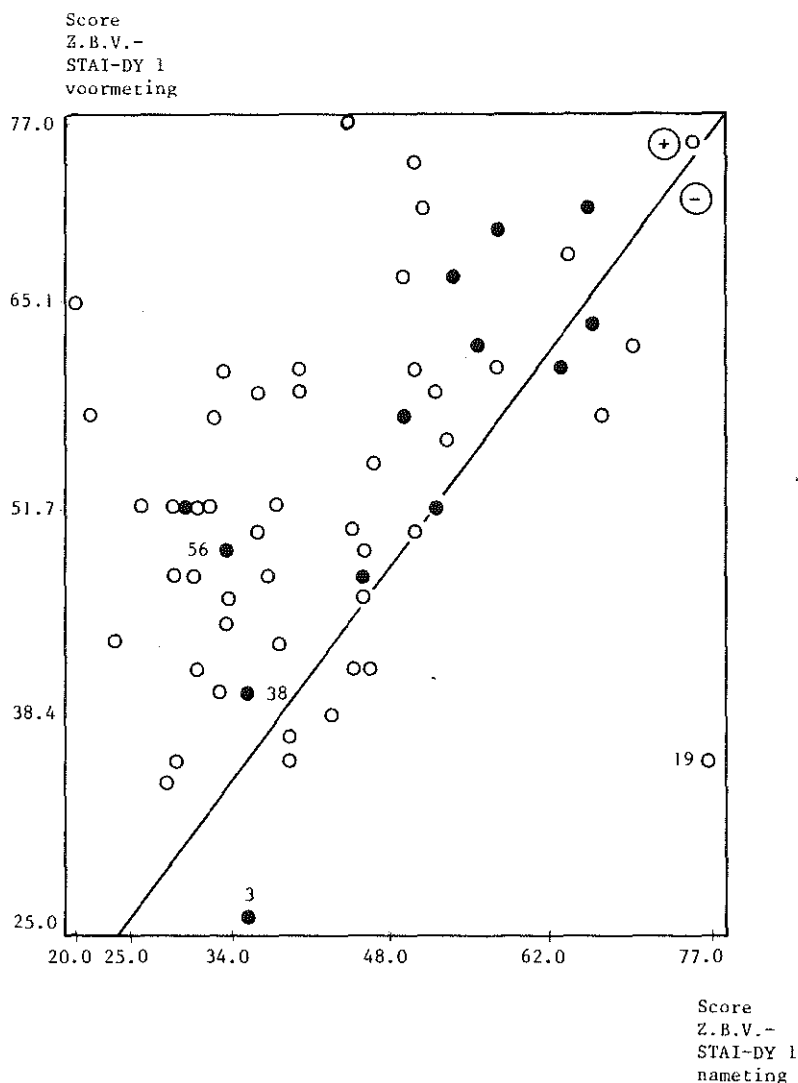


Fig. 29: Grafische weergave van de Z.B.V.-STAI-DY 1-score bij voor- en nameting per patient.

- = patient uit de S-groep
- = patient uit de M-groep
- ⊕ = verbeterd met betrekking tot score op de Z.B.V.-STAI-DY 1
- ⊖ = verslechterd met betrekking tot score op de Z.B.V.-STAI-DY 1

Voorts valt op dat de meeste patienten (zowel uit de M-groep als uit de S-groep) verbeteren. Drie patienten uit de M-groep (patient no 3, 38 en 56) scoren laag op de Z.B.V.-STAI-DY 1, zowel op de voormeting als op de nameting.

Angstdispositie

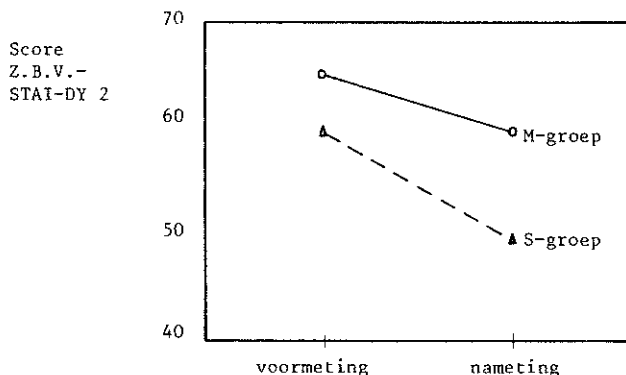


Fig. 30: Gemiddelde scores op de Z.B.V.-STAI-DY 2 (angstdispositie), voor- en nameting.

De gemiddelde scores op de Z.B.V.-STAI-DY 2 (angstdispositie) laten voor beide groepen een verbetering zien: niet significant voor de M-groep, significant voor de S-groep (Mann Whitney-toets: $p < 0,001$). Dat betekent dat de gemiddelde angstdispositie bij de patienten uit de S-groep na de behandeling verminderd is. De gemiddelde verbetering van de patienten uit de S-groep verschilt echter niet significant van de patienten uit de M-groep (Mann Whitney-toets: n.s.) (zie fig. 30).

In fig. 31 worden de scores op de Z.B.V.-STAI-DY 2 per patient op zowel de voormeting als de nameting grafisch weergegeven voor alle patienten. De meeste patienten uit de S-groep verbeteren. De patienten uit de M-groep verslechteren (1), blijven gelijk (7) of verbeteren (5) eveneens.

Analyse van de grafische weergave van de Z.B.V.-STAI-DY 2-scores laat één patient uit de M-groep zien met een opvallend lagere score bij nameting in vergelijking tot de voormeting (patient no 36).

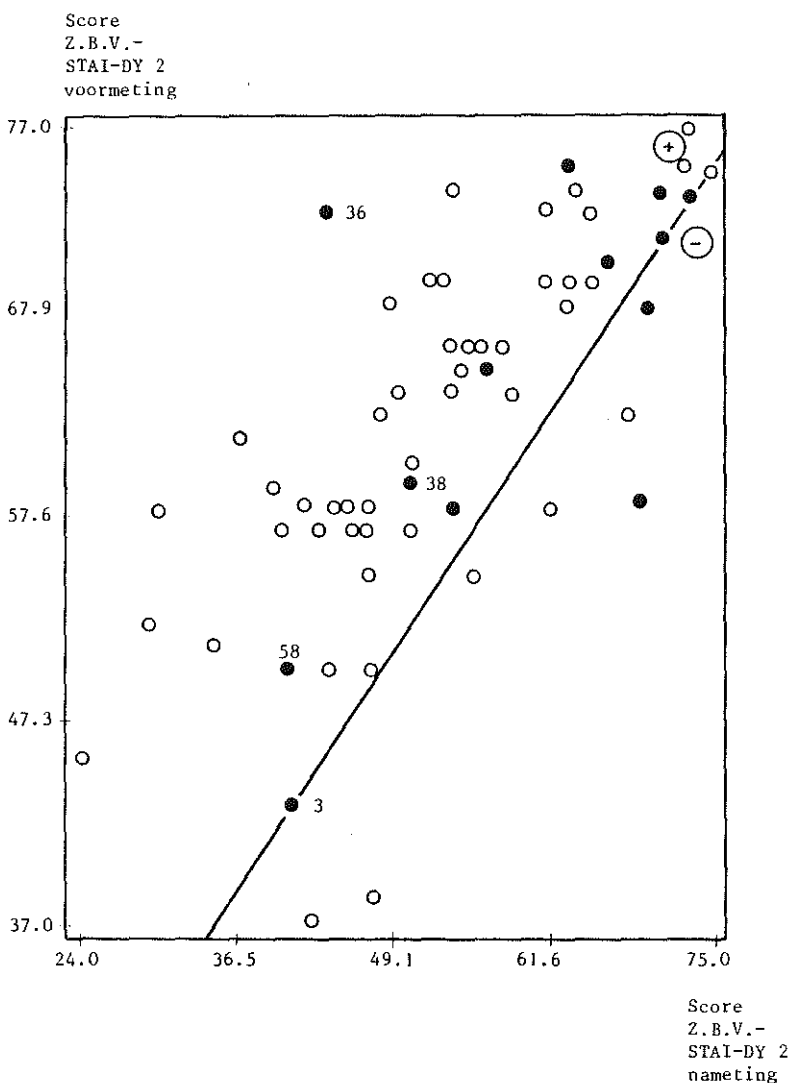


Fig. 31: Grafische weergave van de Z.B.V.-STAI-DY 2-score bij voor- en nameting per patient.

- = patient uit de S-groep
- = patient uit de M-groep
- (+) = verbeterd met betrekking tot score op de Z.B.V.-STAI-DY 2
- (-) = verslechterd met betrekking tot score op de Z.B.V.-STAI-DY 2

Drie patienten uit de M-groep scoren laag op de voor- en nameting van de Z.B.V.-STAI-DY 2; opnieuw blijken dat patient no 3, 38 en 58 te zijn.

7.5 Dwangmatig gedrag

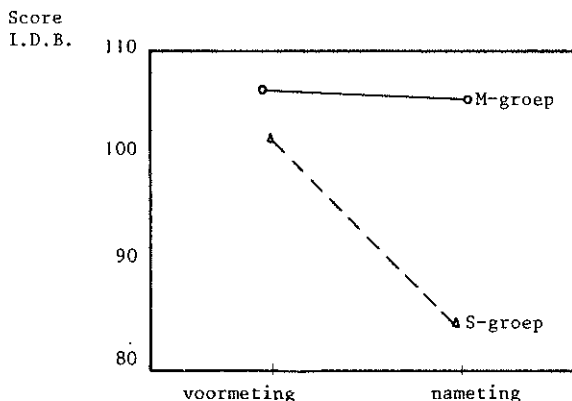


Fig. 32: Gemiddelde scores op de I.D.B. (dwang), voor- en nameting.

De verbetering voor de S-groep is significant (Mann Whitney-toets: $p < 0,001$). De verbetering voor de M-groep is niet significant. Dit betekent dat de gemiddelde hoeveelheid dwangmatig gedrag bij de patienten uit de S-groep na de behandeling significant verminderd is, in tegenstelling tot de patienten uit de M-groep. De gemiddelde verbetering van de patienten uit de S-groep verschilt bovendien significant van die van de patienten uit de M-groep (Mann Whitney-toets: $p < 0,001$) (zie fig. 32).

Over de patienten uit de S-groep zijn geen opvallende bijzonderheden te vermelden, behoudens de algemene tendens te verbeteren. Eén patient (no 11) scoort ongunstiger op de nameting, ondanks een goed behandelresultaat.

Bij analyse van de grafiek (zie fig. 33) blijken drie patienten uit de M-groep lager te scoren bij de nameting dan bij de voormeting (patient no 3, 38 en 56).

Twee patienten uit de M-groep scoren laag op zowel de voor- als de nameting. Opnieuw scoort patient no 38 afwijkend van de rest van de M-groep; de andere patient is no 29.

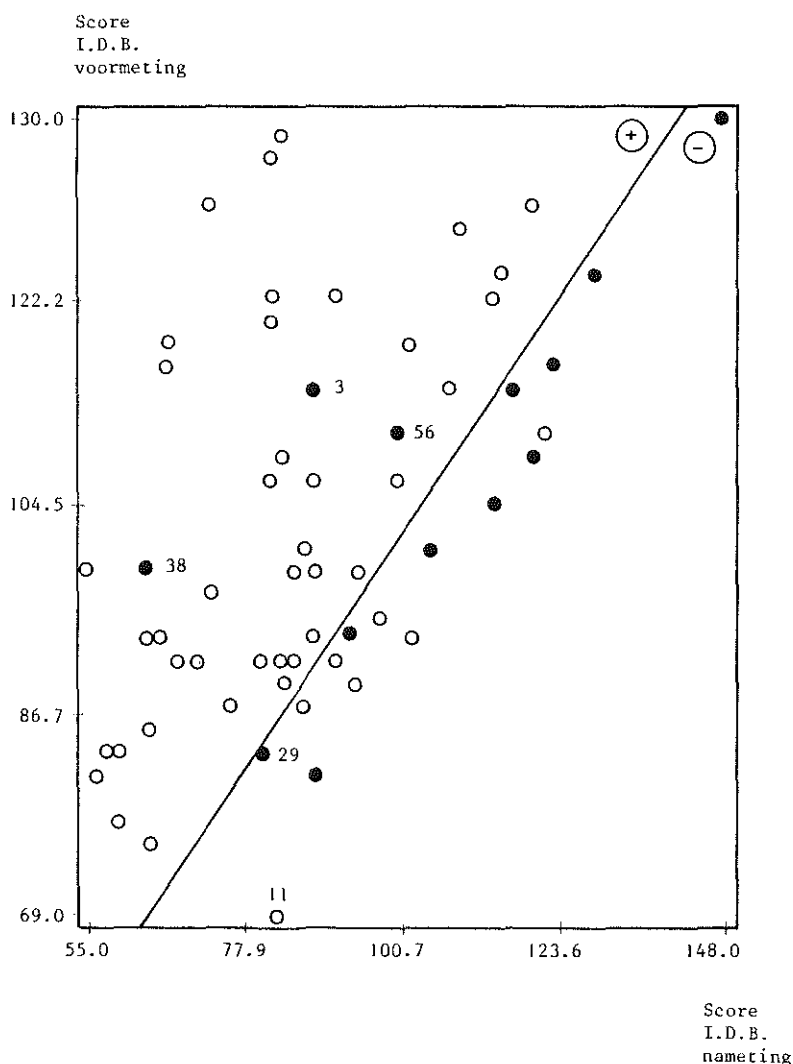


Fig. 33: Grafische weergave van de I.D.B.-score bij voormeting en nameting per patient.

- = patient uit de S-groep
- = patient uit de M-groep
- ⊕ = verbeterd met betrekking tot score op de I.D.B.
- ⊖ = verslechterd met betrekking tot score op de I.D.B.

7.6 Discussie

Aan zelfregistratie als maat kleven enige bezwaren. Daar echter patiënten met een dwangneurose waarbij de klachten alleen bestonden uit dwanggedachten, bij dit onderzoek betrokken werden en men bij vaststelling van de ernst van de verschijnselen geheel aangewezen is op informatie door de patient verstrekt, werd gemeend er juist aan te doen ook voor de patiënten met een dwangneurose met zowel dwanggedachten als dwanghandelingen, zelfregistratie als maat voor mislukking en succes te nemen. Emmelkamp (1982a) wees er terecht op dat de zelfregistratie nogal wat vraagt van de patient. Dit betekent dan ook dat de patient steeds gestimuleerd dient te worden de registratie zo zorgvuldig mogelijk bij te houden en dit betekent voor de onderzoeker de registratieprocedure zo eenvoudig mogelijk houden, bijv. door het aantal keren handen wassen met turven bij te houden. Bovendien werden de gegevens steeds tijdens de zitting grafisch verwerkt, waardoor steeds opnieuw de aandacht op het belang van goed registreren gericht kan worden (zie ook blz. 123).

De I.D.B. is een maat voor dwangmatig gedrag en er is sprake van een soortgenoot-validiteit. Dit betekent dat de verbetering gemeten met de I.D.B. (= voormeting - nameting) in grote mate overeen zal dienen te komen met de verbetering zoals die weer-gegeven is met behulp van de zelfregistratie.

In het onderstaande wordt de verandering op de I.D.B. (d.i. voormeting minus nameting) vergeleken met de verbetering zoals die per patient vastgesteld werd met behulp van de zelfregistratie (zie fig. 34).

De meeste patiënten uit de M-groep toonden een kleine toename van dwangmatig gedrag, zoals blijkt uit de score op de I.D.B.

Drie patiënten lieten niettegenstaande het feit dat ze geen baat hadden bij de behandeling, een belangrijke verbetering zien op de nameting met behulp van de I.D.B. De drie patiënten uit de M-groep zijn de patiënten no 3, 38 en 56.

Van zeven patiënten uit de S-groep bleek de verbetering zoals die gevonden werd met behulp van de zelfregistratie, niet teruggevonden te worden na meting met behulp van de I.D.B. (patiënten no 2, 7, 11, 22, 41, 42 en 52) (zie fig. 34).

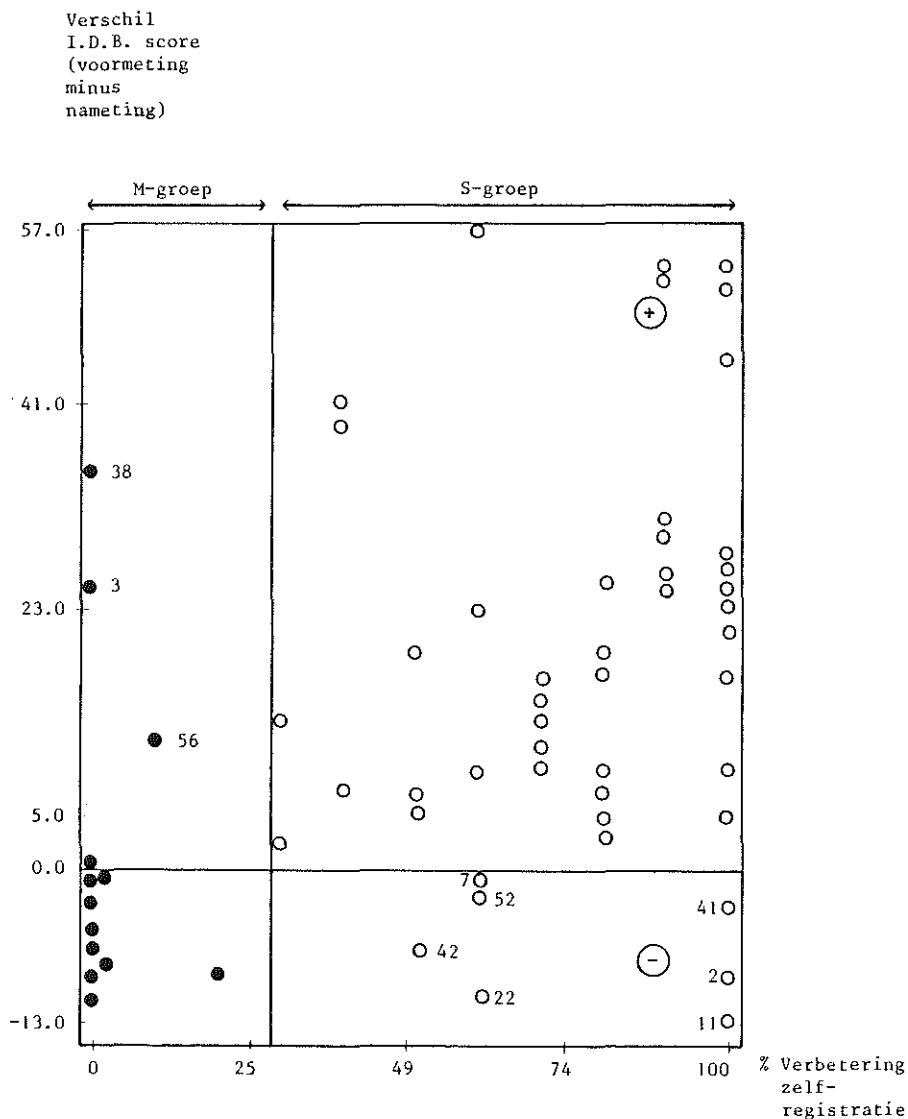


Fig. 34: Grafische weergave van het verschil in voor- en nameting van de I.D.B. en de verbetering in procenten per patient.

- = patient uit de S-groep
- = patient uit de M-groep
- ⊕ = verbeterd volgens score I.D.B.
- ⊖ = verslechterd volgens score I.D.B.

Deze discrepantie zou verklaard kunnen worden uit het feit dat met behulp van de zelfregistratie alleen de belangrijkste dwanggedachte(n) of dwanghandeling(en) geregistreerd worden en een verbetering hierbij bereikt niet voldoende teruggevonden wordt op de I.D.B. Bijv.: Een patient met smetvrees en dwangmatig handen wassen, kan dit handen wassen geleidelijk opgeven zonder dat de dwanggedachten op dat moment al verminderd zijn. Het is zelfs voorstelbaar dat een patient op een moment van de behandeling na het stoppen van de dwanghandelingen een toenemen heeft van allerlei cognitieve rituelen. Dit zou een verschil in meting tussen de score op de zelfregistratie en de I.D.B.-vragenlijst kunnen opleveren. Van belang is de notie dat het bij behandelingen gaat om verbetering van de klachten, meer dan om verbetering op vragenlijsten-scores (Beech & Vaughan, 1978). De patienten uit de S-groep verbeterden gemiddeld significant met betrekking tot depressiviteit, toestandsangst, angst-dispositie en dwangmatig gedrag. Wanneer patienten met een dwangneurose verbeteren, i.e. minder klachten hebben, blijkt de stemming, de hoeveelheid beleefde angst en het dwangmatig gedrag in het algemeen in positieve zin te veranderen (vgl. bijv. Emmelkamp, 1982a).

De gemiddelde verbeteringen van de patienten uit de S-groep met betrekking tot de depressiviteit en het dwangmatig gedrag verschilden significant met die van de M-groep. De patienten uit deze laatste groep verbeterden op geen van de variabelen.

Door middel van de grafische representatie waarbij de score van voor- en nameting per individuele patient wordt weergegeven, wordt het mogelijk vast te stellen welke patienten afwijkende scores hebben.

Met betrekking tot verbetering en verslechtering op de diverse metingen kan gesteld worden dat de patienten uit de M-groep een min of meer identiek beeld te zien gaven. Dit geldt evenzeer voor de patienten uit de S-groep. Ook zij vertoonden vergelijkbare veranderingen. Bij de patienten uit de M-groep zijn er drie patienten die op de S.D.S. en de Z.B.V.-STAI-DY 1 en 2 steeds een van de andere patienten uit deze groep afwijkende score hadden, nl. de patienten no 3, 38 en 58.

Bij de score op de I.D.B. vertoonden twee patienten een van de rest van de M-groep afwijkende score. Opnieuw patient 38 en voorts patient 29. Over de patienten 3, 38 en 58 die zulk een afwijkend patroon vertoonden op de diverse variabelen is in par. 7.1 enige informatie gegeven. Opvallend was dat bij alle drie later is gebleken dat zij in een bijzondere situatie verkeerden. Patient no 3 vond zijn klachten hoogst interessant; patient no 38 had naast de behandeling een verzoek tot relatie-therapie elders gedaan; en patient no 58 had een vorige therapeutische relatie moeten verbreken omdat zij de kosten niet meer kon opbrengen. De drie patienten hadden bovendien een ongunstige score op de motivatielijst (resp. 1, 5 en 3). Dit betekent dat de motivatie van de drie patienten als ongunstig werd beoordeeld aan het begin van de behandeling.

Samengevat blijken de patienten die verbeteren zoals afgelezen kan worden uit de zelfregistratie, in het merendeel een gunstige verandering (i.c. verbetering inhoudend) van de variabelen depressie, angst en dwangmatig gedrag te zien te geven. Voor de groep patienten die op grond van de zelfregistratie werd beschouwd als de groep die geen baat gehad heeft bij de behandeling, kon geen significante verbetering op de drie eerdergenoemde variabelen vastgesteld worden. Voor de groep patienten die op grond van de zelfregistratie als de groep werd beschouwd die wel baat had bij de behandeling, kon steeds een significante verbetering worden vastgesteld.

Hoewel het hier om uitspraken over groepen gaat, kan deze bevinding enigermate als ondersteuning voor het gebruik van de zelfregistratie voor mislukking en succes gezien worden.

Hoofdstuk 8

VERSCHILLEN EN OVEREENKOMSTEN TUSSEN MISLUKKING EN SUCCES

In dit hoofdstuk worden de M-groep en de S-groep vergeleken. Achtereenvolgens wordt gekeken naar de demografische variabelen, gegevens over de dwangverschijnselen en stresserende gebeurtenissen tijdens de behandeling.

8.1 Demografische gegevens

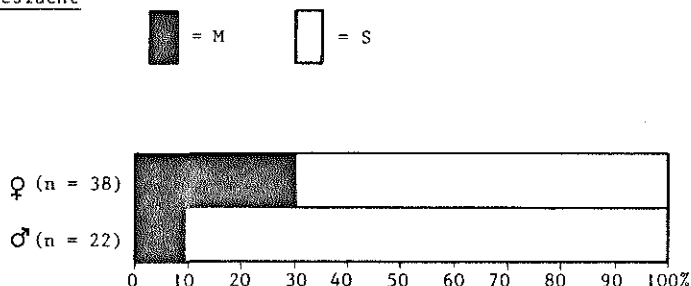
Geslacht

Fig. 35: Geslacht en resultaat.

In fig. 35 wordt de relatie tussen sexe en behandelingsresultaat weergegeven. Van de 22 mannen hadden er 2 (9%) geen baat bij de behandeling; bij de vrouwen 11 (29%) van de 38 niet. Dit verschil is niet significant (X^2 -toets: n.s.).

In fig. 36 wordt de burgerlijke staat in relatie tot het behandelingsresultaat weergegeven. Samenwonende en alleenwonende patienten waren niet verschillend verdeeld over de M-groep en de S-groep (X^2 -toets: n.s.). Met betrekking tot het behandelingsresultaat is de burgerlijke staat niet van betekenis.

Burgerlijke staat

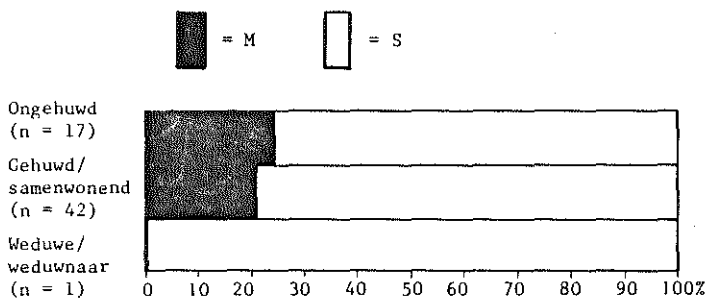


Fig. 36: Burgerlijke staat en resultaat.

Opleidingsniveau

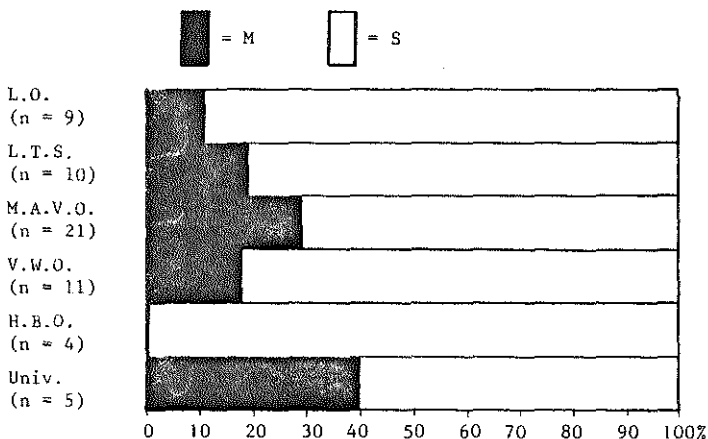


Fig. 37: Opleidingsniveau en resultaat.

In fig. 37 wordt het opleidingsniveau in relatie tot het behandelingsresultaat weergegeven. Het opleidingsniveau van de patienten uit de M-groep vertoont geen verschillen van betekenis

met het opleidingsniveau van de S-groep (χ^2 -toets: n.s.). Wel valt op te merken dat de vier patienten met een opleiding op H.B.O.-niveau baat hadden bij de behandeling. Van de vijf patienten met een universitaire opleiding bleken twee patienten geen baat bij de behandeling te hebben.

8.2 Gegevens over de dwangverschijnselen

8.2.1 Indeling dwang

In fig. 38 wordt de indeling van dwang in relatie tot het behandelingsresultaat weergegeven.

Dwang en resultaat

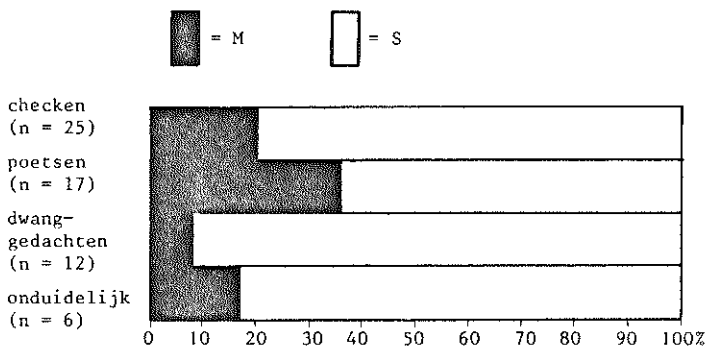
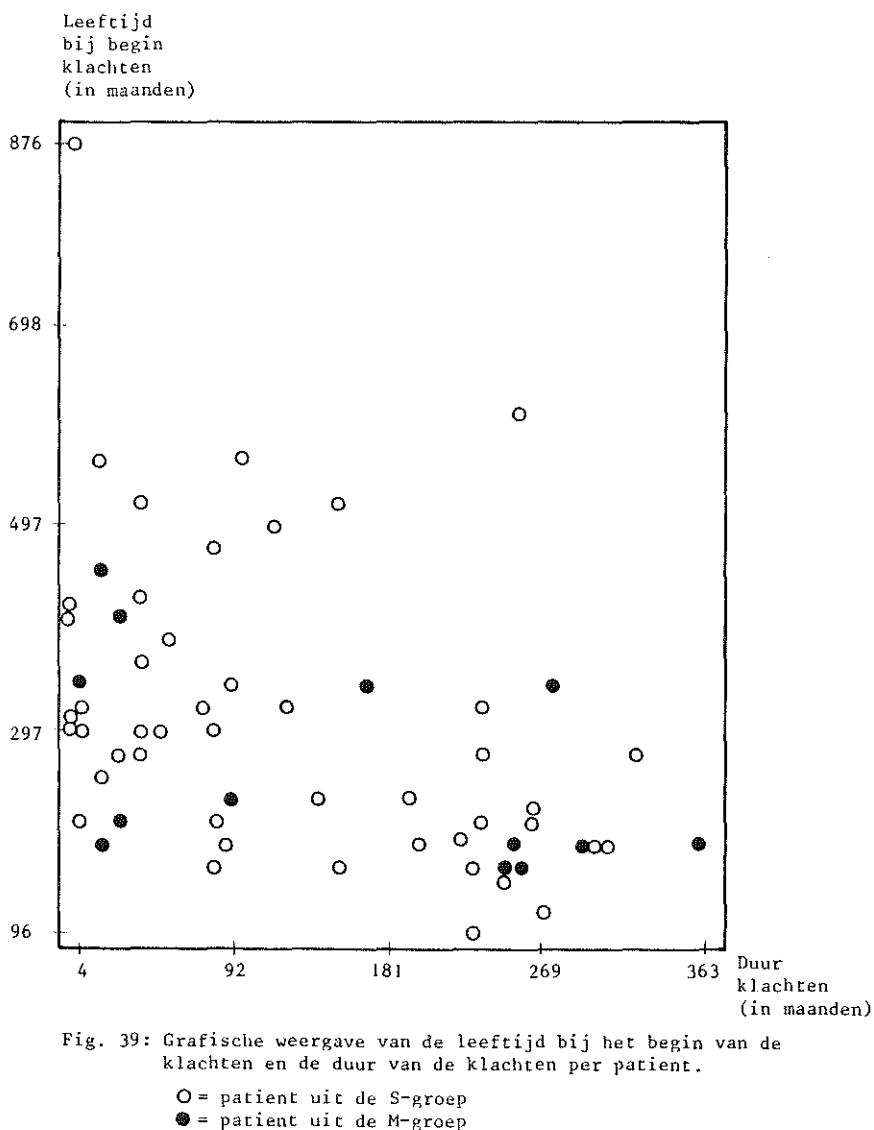


Fig. 38: Indeling dwang en resultaat.

Over de vertegenwoordiging van patienten in de diverse rubrieken van de indeling valt op te merken dat patienten met alleen dwang-gedachten in 92% van de gevallen baat hadden bij de behandeling; patienten met overwegend schoonmaak- en poetsrituelen hadden in 64% van de gevallen baat bij de behandeling. Deze verschillen zijn echter niet significant (χ^2 -toets: n.s.).

8.2.2 Ernst en duur van de dwangverschijnselen

In fig. 39 zijn de leeftijd bij het begin van de klachten en de duur van de klachten in maanden weergegeven.



Onder de 17 patiënten met een klachtenduur langer dan 19;5 jaar bevinden zich zes patiënten uit de M-groep. De gemiddelde leeftijd bij het begin van de klachten was voor de M-groep 21;8 jaar en voor de S-groep 25;10 jaar. De gemiddelde klachtenduur van de patiënten uit de M-groep bedroeg 13;6 jaar; uit de S-groep 10;5 jaar. Deze verschillen zijn niet significant (Mann Whitney-toets: n.s.). De ernst van het dwangmatig gedrag werd aan het begin van de behandeling gemeten met de Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden (Kraaimaat & Van Dam-Baggen, 1976). Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de scores van de patiënten uit de M-groep en de patiënten uit de S-groep (Mann Whitney-toets: n.s.). Dit betekent dat er geen verschillen waren in het gemiddelde dwangmatige gedrag tussen de patiënten uit de twee groepen (M-groep: 107, S-groep: 102).

Vervolgens is gekeken naar de relatie tussen ernst en duur van de klachten en succes. In fig. 40 wordt deze relatie per patient weergegeven. Daartoe wordt de score op de I.D.B. afgenomen tijdens de intake op de verticaal uitgezet en de duur van de klachten in jaren op de horizontaal.

Opvallend is dat in de linker onderhoek van de figuur (een relatief lage score op de I.D.B. en een relatief korte duur van de klachten) alleen patiënten uit de S-groep vertegenwoordigd zijn. In dit gebied, waarin patiënten weergegeven worden met een I.D.B.

≤ 100 en een klachtenduur van ≤ 20 jaar bevinden zich 23 patiënten uit de S-groep en geen patiënten uit de M-groep. Samengevat zijn er geen significante verschillen gevonden met betrekking tot ernst en duur; wanneer echter gekeken wordt naar deze variabelen gezamenlijk, blijkt de combinatie van een relatief lichte ernst van de klachten en een korte duur vrijwel zeker tot een goed behandelingsresultaat te leiden.

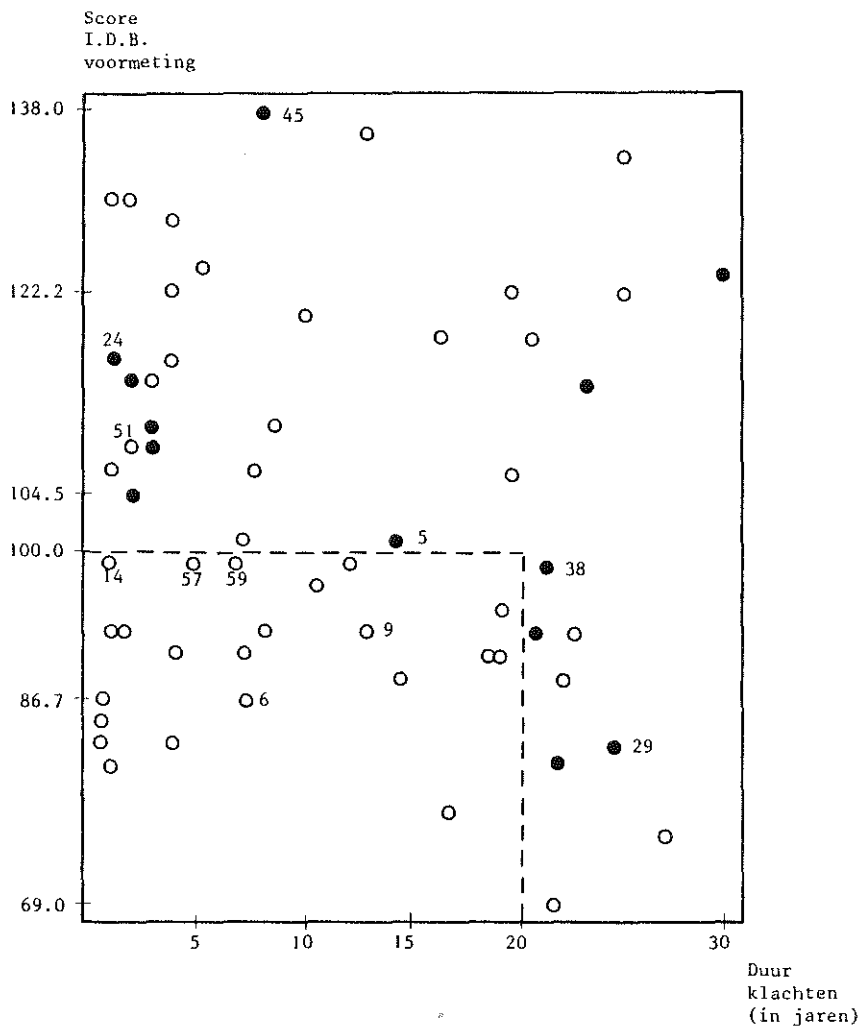


Fig. 40: Grafische weergave van de relatie tussen ernst en duur van de klachten met succes.
(De betekenis van de cijfers wordt besproken in par. 9.2.1, blz. 201 e.v.)

○ = patient uit de S-groep
● = patient uit de M-groep

8.2.3 Voorgaande behandelingen

In deze paragraaf wordt onderzocht of er verschillen bestaan met betrekking tot voorgaande poliklinische en klinische behandelingen en de patiënten uit de M-groep en de S-groep. In fig. 41 wordt het aantal eerdere poliklinische behandelingen in relatie tot het behandelingsresultaat weergegeven. Van de 60 patiënten werden 46 patiënten eerder poliklinische behandeld; 12 patiënten uit de M-groep (93%) en 34 patiënten uit de S-groep (72%). Met betrekking tot het gemiddeld aantal poliklinische zittingen is dit verschil significant (Mann Whitney-toets: $p < 0,05$). Met betrekking tot het aantal patiënten dat een eerdere poliklinische behandeling onderging, is er geen significant verschil (χ^2 -toets: n.s.).

Van de 13 patiënten uit de M-groep hadden 10 patiënten meer dan 25 poliklinische zittingen achter de rug (77%). Bij de patiënten uit de S-groep waren er twintig patiënten die 25 of meer poliklinische zittingen achter de rug hadden (43%).

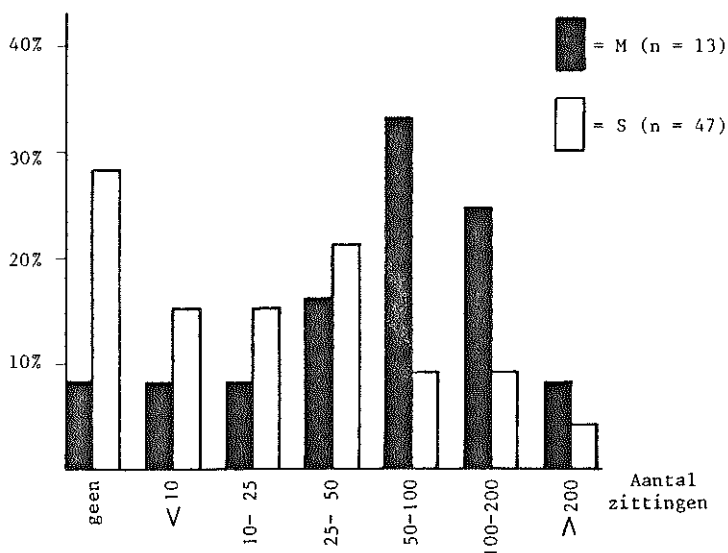


Fig. 41: Histogram van eerdere poliklinische zittingen.

Acht van de 13 patienten uit de M-groep werden eerder klinisch behandeld; van de 47 patienten uit de S-groep werden er 9 eerder klinisch behandeld.

Een significant verschil werd gevonden tussen de beide groepen (χ^2 -toets: $p < 0,05$). De patienten uit de S-groep hadden significant minder klinische behandelingen ondergaan dan de patienten uit de M-groep.

Tabel 20: Overzicht van eerdere klinische behandelingen.

Klinische behandelingen	M-groep		S-groep		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
Geen opname	5	39	38	81	43	72
Eerder klinisch behandeld	8	61	9	19	17	28
Totaal	13	100	47	100	60	100

In tabel 20 wordt een overzicht gegeven van de eerdere klinische behandelingen in relatie tot het behandelingsresultaat. Van de patienten uit de S-groep werd 81% niet eerder klinisch behandeld; van de M-groep werd 39% niet eerder klinisch behandeld: een significant verschil (χ^2 -toets: $p < 0,05$).

8.2.4 Psychofarmacagebruik

Op het moment van aanmelding gebruikte 38% van de patienten psychofarmaca; 62% niet. Uit de M-groep gebruikten 7 patienten (54%) geen psychofarmaca; uit de S-groep 30 (64%).

Het psychofarmacagebruik van de patienten uit de M-groep vertoont geen noemenswaardige verschillen met dat van de S-groep (χ^2 -toets: n.s.) (zie tabel 21).

Tabel 21: Overzicht psychofarmacagebruik.

	M-groep		S-groep		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
Benzodiazepine	4	31	14	30	18	30
Neuroleptica	1	8	3	6	4	7
Antidepressiva	1	8	2	4	3	5
Lithium	0	0	2	4	3	5
Barbituraten	0	0	1	2	1	2
Anti-braakmiddelen	0	0	1	2	1	2
Stimulantia	0	0	1	2	1	2
Geen psychofarmaca	7	54	30	64	37	62

8.3 Stresserende gebeurtenissen tijdens de behandeling

Bij de patiënten werd vóór de behandeling en na de tiende zitting de lijst van Holmes en Rahe (1967) afgenomen. Daarna werd het verschil tussen deze scores bepaald. Het verschil is een maat voor de stress die de patient ten gevolge van stresserende factoren tijdens de behandeling had te verduren.

Bij acht patiënten uit de M-groep was het verschil tussen de score van de voormeting en de nameting positief; dat wil zeggen dat er een afname van deze stress was. Bij vijf patiënten uit de M-groep was er sprake van een toename. Bij analyse bleek dat er bij twee van deze patiënten sprake was van een bescheiden toename die niet geweten kon worden aan een ernstige gebeurtenis. Bij drie patiënten (no 29, 38 en 43) was er wel sprake van een rampzalige gebeurtenis: bij patient 29 de dood van een familielid en een goede vriend; bij patient 38 een plotselinge hypotheekopeising en bij patient 43 de dood van een familielid en een hypotheekopeising. In tabel 22 worden alle patiënten die een ernstige gebeurtenis meemaakten en die gebeurtenissen zelf weergegeven.

In de S-groep waren er zeven patiënten die een dergelijke ernstige gebeurtenis doormaakten.

Tabel 22: Ernstige levensgebeurtenissen tijdens de behandeling.

	Patient nummer	Overlijden van familielid vriend(in)	Schuld hypoth. op- eising	Ontslag uit werk	Ernstig letsel of ziekte
M-groep (3)	29	x x			
	38		x		
	43	x	x		
S-groep (7)	1				x
	11				x
	21	x			
	41			x	
	52				x
	53			x	
	59	x			
	10	5	2	2	3

8.4 Discussie

Van de mannelijke patienten had 91% baat bij de behandeling, tegenover 71% van de vrouwelijke patienten. Hoewel dit verschil niet significant is, is het een bevinding die nader onderzocht moet worden. Foa et al. (1983b) vonden dat mannen sneller baat hadden bij de behandeling dan vrouwen, hoewel dit verschil eveneens niet significant was (χ^2 -toets: $p < 0,06$).

Bij follow-up (na gemiddeld één jaar) bleek er geen verschil meer aanwezig in behandelingsresultaat. Burgerlijke staat en opleidingsniveau bleken geen betekenis te hebben voor het behandelingsresultaat.

In dit onderzoek hadden 11 van de 12 patienten die alleen dwanggedachten hadden, baat bij de behandeling (92%). Rachman (1983) geeft wel de klinische impressie dat dwanggedachten moeilijker te behandelen zijn dan andere dwangverschijnselen, maar hij voegt

daaraan toe dat deze indruk nog niet door onderzoek gesteund wordt. Ook Beech en Vaughan (1977) en Emmelkamp en Kwee (1977) wijzen op het ontbreken van onderzoekgegevens. De onderzoeksgroep van Rachman (1976a) bestond uit drie patiënten die allen verbeterden; die van Emmelkamp en Kwee uit vijf patiënten waarvan er drie verbeterden.

In dit onderzoek verschilt het behandelingsresultaat van patiënten met alleen dwanggedachten niet van het resultaat van patiënten met dwanggedachten en dwanghandelingen.

Patiënten met overwegend schoonmaakrituelen (de zg. poetsers) waren relatief hoog vertegenwoordigd in de M-groep (35%). Deze bevinding lijkt samen te hangen met het iets vaker voorkomen van schoonmaakdwang bij vrouwen dan bij mannen (resp. 34% en 18%), een gegeven dat Emmelkamp (1982a) eveneens vermeldt. Hij vond bij 36 patiënten met dwanghandelingen (17 mannen en 19 vrouwen) bij 6% van de mannen en bij 58% van de vrouwen overwegend poetsrituelen. Dit laat de vraag onbeantwoord aan welke factoren het relatief minder goede behandelingsresultaat van de vrouwelijke poetsers moet worden toegeschreven. Een mogelijkheid zou kunnen zijn dat poetsrituelen meer resistent zijn tegen therapie dan andere dwangverschijnselen. Er is echter geen onderzoekgegeven dat deze veronderstelling steunt. Een andere verklaring biedt Emmelkamp (1982a): hij wijst erop dat dwangverschijnselen samenhangen met de gebieden waar de patiënt verantwoordelijk voor is. In de Nederlandse samenleving zijn de vrouwen vooral verantwoordelijk voor het beheren van de huishouding (o.a. poetsen, wassen en schoonmaken).

De gemiddelde leeftijd van de patiënten op het moment van aanmelding uit de M-groep verschilt niet significant van die van de S-groep; resp. 35;5 jaar en 36;3 jaar. Deze bevinding is in strijd met eerdere bevindingen van Foa et al. (1983b). Zij vonden: hoe jonger de patiënt is bij aanmelding, hoe beter het behandelingsresultaat ($p < 0,05$).

De gemiddelde duur van de klachten van de patiënten die geen baat hadden bij de behandeling (13;6 jaar) verschilt niet significant van diegenen die wel baat hadden (10;5 jaar). Ook is er geen significant verschil in de ernst van de klachten. Deze bevindingen zijn in strijd met klinische impressies, maar conform bevindingen van Foa et al. (1983a en 1983b), Boulougouris (1977) en Emmelkamp

et al. (1983). Foa geeft als verklaring voor de met de kliniek strijdige bevinding de selectie die zij toepast (zij neemt 'lichte' gevallen niet in behandeling). Ook in dit onderzoek blijkt de differentiatie tussen de patienten uit de M-groep en de S-groep op de ernst van het dwangmatig gedrag en de duur afzonderlijk geen betekenis te hebben. Indien deze twee variabelen echter gezamenlijk in de analyse betrokken worden, dan blijken ze wel differentiërende kwaliteiten te hebben (zie fig. 40).

Het valt op dat indien de patienten een score op de I.D.B. hebben die lager is dan 100 en een klachtenduur van minder dan 20 jaar, zij zonder uitzondering baat bij de behandeling hadden. Met andere woorden: wanneer aan de zojuist genoemde twee voorwaarden is voldaan, dan lijkt de prognose zonder meer gunstig. Deze twee variabelen gedragen zich met betrekking tot de differentiatie tussen de patienten uit de M-groep en die van de S-groep volgens het conjunctmodel.

In dit onderzoek is gekeken naar de vroegere behandelingen die de patienten hadden ondergaan. Patienten die geen baat hadden bij de behandeling hadden significant vaker een klinische behandeling achter de rug dan patienten die succesvol behandeld zijn (Mann Whitney-toets: $p < 0,05$).

Gemiddeld bleken de patienten uit de M-groep significant meer poliklinische zittingen achter de rug te hebben dan de patienten uit de S-groep. Deze bevindingen zijn niet eenvoudig te interpreteren: verwijsgedrag, adequate behandel mogelijkheden en het functioneren van de Geestelijke Gezondheidszorg zullen deze cijfers beïnvloeden. Er zijn niettemin aanwijzingen dat patienten met een of andere klinische behandeling achter de rug het minder goed doen bij een daarna volgende poliklinische behandeling. Hoewel de dwangneurose bekend staat als een ernstige aandoening blijkt de meerderheid van de patienten in dit onderzoek geen psychofarmaca te gebruiken. Ondanks de hevige angsten en depressieve gevoelens gebruikt slechts 1/3 van de patienten dergelijke middelen. Een mogelijke verklaring hiervoor is de relatieve ineffectiviteit van deze middelen (vgl. Marks et al., 1980). Een andere verklaring is dat patienten angst hebben deze middelen te gebruiken; sommige patienten vertelden geen psychofarmaca te

durven gebruiken uit angst voor eventuele schadelijke gevolgen van deze medicatie.

Bij de patienten die geen baat hadden bij de behandeling, waren drie patienten die met een calamiteit geconfronteerd werden.

Patient 29 verloor zowel een nabij familielid als een goede kennis. Patient 38 werd geconfronteerd met een plotselinge op-eising van de hypotheek; hetzelfde gebeurde bij patient 43, die bovendien nog een familielid verloor.

In hoofdstuk 9 zal de betekenis van deze gebeurtenissen met betrekking tot het behandelingsresultaat verder geanalyseerd worden.

Hoofdstuk 9

VOORSPELBAARHEID VAN HET EFFECT

Vóór de behandeling werden de 60 patienten onderzocht op de volgende psychologische variabelen: ernst van depressiviteit en angst, het waanachtige karakter van de dwanggedachten, de motivatie voor de behandeling, agressie, intelligentie en het interactioneel probleemoplossend vermogen (dit laatste indien de patient een vaste partner had). Na de tiende zitting, of eerder indien de behandeling eerder afgesloten werd, werd een onderzoek verricht naar de therapeutische relatie.

In dit hoofdstuk worden eerst de psychologische variabelen besproken. Vervolgens worden de variabelen van de therapeutische relatie besproken. Bij deze bespreking wordt eerst de betekenis van de variabelen afzonderlijk voor het behandelingsresultaat onderzocht. Daarna wordt met behulp van een discriminantanalyse de betekenis van de zeven psychologische variabelen tezamen gezien. Vervolgens worden therapeutische relatievariabelen, belangrijke stresserende momenten en eventuele relevante demografische gegevens bij deze analyse betrokken.

9.1 Variabelen afzonderlijk

9.1.1 Psychologische variabelen

De variabelen worden onderzocht met de meetinstrumenten zoals weergegeven in tabel 23. Daarna worden eveneens de gemiddelde scores weergegeven van de groep patienten die geen baat had bij de behandeling en de groep patienten die wel baat had bij de behandeling (M-groep en S-groep).

De metingen met betrekking tot de variabelen depressie, angst, waanachtig beleven, agressie, intelligentie en interactioneel probleemoplossend vermogen tonen geen significante verschillen tussen de M-groep en de S-groep (Mann Whitney-toets: n.s.). Alleen op de vragenlijst naar motivatie werd een significant verschil gevonden (Mann Whitney-toets: $p < 0,001$). Met betrekking tot de motivatie verschilden de patienten die wel baat hadden bij de behandeling significant van de patienten bij wie dit niet het

geval was. Dit alles betekent dat patienten die baat hadden bij de behandeling, gemiddeld even depressief en angstig waren als de patienten die geen baat hadden bij de behandeling. Dit geldt ook voor het waanachtig beleven van de inhoud van de dwanggedachten, de agressie, de intelligentie en het interactioneel probleemoplossend vermogen. Dit houdt ook in dat deze variabelen afzonderlijk geen voorspellende betekenis hebben met betrekking tot het eindresultaat van de behandeling.

Tabel 23: Differentiatie met betrekking tot psychologische variabelen afzonderlijk.

Psychologische variabelen	Meet-instrument	M Score M-groep	M Score S-groep	Significantie
Depressie	S.D.S.	50,3	49,7	n.s.
Toestandsangst	Z.B.V.-STAI-DY 1	53,6	52,3	n.s.
Angst-dispositie	Z.B.V.-STAI-DY 2	64,7	61,1	n.s.
Waanachtig beleven	Foa-lijst	1,4	1,8	n.s.
Motivatatie	Motivatatie-vragenlijst	4,8	6,2	$p < 0,001$
Toestands-boosheid	Z.A.V. SPI-DA	11,7	11,0	n.s.
Boosheids-dispositie	Z.A.V. TPI-DA	22,8	22,1	n.s.
I.Q.	Verkorte G.I.T.	123,8	120,5	n.s.
Interact. probleemopl. vermogen ')	I.P.O.V.	105	116	n.s.

') Van de 60 patienten waren er 42 gehuwd of samenwonend.

In tabel 24 wordt een overzicht gegeven van de scores (0 - 7) van de patienten op de motivatielijst.

Een score van 7 betekent: zeer goed gemotiveerd; een score van 0: zeer slecht gemotiveerd.

Tabel 24: Score op de Motivatielijst.

Score op de Motivatielijst	M-groep		S-groep	
	n	%	n	%
0	0	0	0	0
1	2	15	0	0
2	1	8	0	0
3	1	8	0	0
4	1	8	4	9
5	1	8	8	18
6	4	46	14	29
7	1	8	21	45
Totaal	13	100	47	100

9.1.2 Therapeutische relatievariabelen

De therapeutische relatie werd onderzocht met de Barrett Lennard-Vragenlijst. Er bestaat een patient-vorm van de vragenlijst en een therapeut-vorm. Met de patient-vorm wordt de relatie vanuit de patient gewaardeerd, met de therapeut-vorm vanuit de therapeut. De EPIN-score geeft een waarde voor de kwaliteit van de therapeutische relatie: hoe hoger de score, hoe gunstiger. Voorts wordt nagegaan hoe de score is op empathie, negatieve gezindheid, onvoorwaardelijkheid, transparantie, positieve gezindheid, incongruentie en directiviteit. Met uitzondering van de score op de negatieve gezindheid en incongruentie betekent een hoge score een gunstige waardering. bij de negatieve gezindheid en incongruentie is dit een lage score.

In tabel 25 en 26 worden de scores op de Barrett Lennard-Vragenlijst weergegeven; in tabel 25 de patient-vorm en in tabel 26 de therapeut-vorm van de lijst. De toetsing geschiedt met de Mann Whitney-toets.

Tabel 25: Differentiatie M-groep en S-groep naar scores op de Barrett Lennard-Vragenlijst (patient-vorm).

	M score M-groep	M score S-groep	Signifi- cantie
EPIN-score	126,9	139,2	$p < 0,05$
Empathie	35,7	39,7	$p < 0,05$
Negatieve gezindheid	10,2	5,0	$p < 0,005$
Onvoorwaarde- lijkheid	16,0	16,4	n.s.
Transparantie	32,5	37,0	$p < 0,05$
Positieve gezindheid	33,2	36,8	$p < 0,05$
Incongruentie	16,2	14,3	n.s.
Directiviteit	25,8	26,5	n.s.

Tabel 26: Differentiatie M-groep en S-groep naar scores op de Barrett Lennard-Vragenlijst (therapeut-vorm).

	M score M-groep	M score S-groep	Signifi- cantie
EPIN-score	110,5	124,0	$p < 0,005$
Empathie	32,6	35,5	$p < 0,05$
Negatieve gezindheid	12,2	9,9	$p < 0,005$
Onvoorwaarde- lijkheid	13,6	15,3	$p < 0,005$
Transparantie	29,8	32,7	$p < 0,05$
Positieve gezindheid	29,5	33,9	$p < 0,001$
Incongruentie	22,2	19,5	$p < 0,05$
Directiviteit	33,3	32,7	n.s.

De patienten uit de M-groep waardeerden gemiddeld de therapeutische relatie als geheel minder dan de patienten uit de S-groep ($p < 0,05$). Dit was eveneens het geval met betrekking

tot de karakteristieken empathie ($p < 0,005$), transparantie ($p < 0,05$), positieve gezindheid ($p < 0,05$) en negatieve gezindheid ($p < 0,005$). Transparantie, incongruentie en directiviteit werden door de patienten uit de M-groep en de S-groep niet verschillend gewaardeerd.

De therapeuten waardeerden de therapeutische relatie met de patienten uit de M-groep gemiddeld minder dan die met patienten uit de S-groep ($p < 0,005$). Dit gold ook voor de karakteristieken empathie ($p < 0,05$), onvoorwaardelijkheid ($p < 0,005$), transparantie ($p < 0,05$), positieve gezindheid ($p < 0,001$), incongruentie ($p < 0,05$) en negatieve gezindheid ($p < 0,005$). Daar de diverse karakteristieken hun neerslag vinden in de EPIN-score (= maat voor therapeutische relatie) zal bij de verdere analyse slechts deze score gehanteerd worden.

Tabel 27: Patienten uit de M-groep met een lage EPIN-score op de vragenlijst van Barrett Lennard (zie fig. 42 en 43, blz. 199 en 200).

Patient nummer	Patient- vorm	Patient nummer	Therapeut- vorm
3	116	3	103
5	112	23	104
23	76	24	97
38	120	38	108
43	114	43	83
		58	89
M-groep	123	M-groep	111

In tabel 27 worden de scores van de patienten uit de M-groep die laag scoorden op de vragenlijst van Barrett Lennard weer-gegeven. Opnieuw treffen we de patienten 3, 38 en 58 aan; zij namen al eerder een bijzondere plaats in in de groep (zie hoofdstuk 7).

9.1.3 Discussie

De psychologische variabelen leveren bij dit onderzoek met betrekking tot de differentiatie van de patienten die baat hadden bij de behandeling en zij die dat niet hadden, per variabel geen aanknopingspunten op. Een uitzondering is de motivatie.

De bevinding dat de patienten die geen baat hadden bij de behandeling niet depressiever zijn dan de patienten die wel baat hadden, verschilt van de onderzoekresultaten dienaangaande van Foa et al. (1983a; 1983b) en Emmelkamp et al. (1981). Zij vonden dat patienten met ernstige depressieve klachten minder verbeterden dan patienten die licht depressief waren.

Deze strijdige bevindingen zouden verklaard kunnen worden uit verschillen in de gehanteerde selectiecriteria. Foa (Foa et al., 1983a) bijv. neemt patienten pas in de groep op wanneer de klachten minstens één jaar bestaan, bovendien moeten er dwanghandelingen aanwezig zijn die ten minste één uur per dag duren. Wanneer naar de samenstelling van de hier beschreven groep gekeken wordt, is er met betrekking tot de dwang maar één beperkend criterium, nl. een score op de I.D.B. ≥ 67 . De groep is dus niet uitsluitend uit zeer ernstige gevallen samengesteld (er viel maar één patient met een te lage score op de I.D.B. af), maar ook uit lichtere gevallen met een kortere duur en patienten die alleen over dwanggedachten klaagden. Bovendien meldt Foa (Foa et al., 1983b) dat ongeveer 25% van de patienten niet bereid is de aangeboden behandeling te ondergaan. In dit onderzoek weigerde slechts 2% de behandeling.

Dit laatste gegeven is interessant. Wanneer één op de vier patienten na informatie gekregen te hebben over de behandeling vervolgens van de behandeling afziet, is het onzeker of hetgeen over de resterende 75% gesteld wordt nog wel voor alle dwangpatienten geldt. Zijn de weigeraars bijv. mensen die weinig last hebben van de dwang, niet wanhopig, niet depressief en niet angstig, of zijn zij juist zo depressief en zo angstig dat ze nauwelijks bij een therapeut binnen durven gaan? In beide gevallen bestaat het risico dat belangrijke gegevens ontbreken en moeten de resultaten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Dit risico is bij dit onderzoek niet aanwezig. Ook Emmelkamp sluit patienten met een relatief lichte dwangneurose uit van zijn onderzoek, waardoor de uitspraken slechts kunnen gelden voor een bepaalde groep patienten met een dwangneurose (zie bijv. Emmelkamp et al., 1980: van de 21 aangemelde patienten weigerde één patient en werden drie patienten uitgesloten omdat de dwangneurose relatief niet ernstig was; dit met het gevolg dat 19% afviel).

Ook met betrekking tot de angst worden geen verschillen gevonden tussen de gemiddelden per patient van de M-groep en de S-groep. Opnieuw een bevinding die strijdig is met het onderzoek van Foa (Foa et al., 1983a; 1983b). Zij stelde vast dat patienten met weinig angst meer baat hadden bij de behandeling. Ook Emmelkamp et al. (1983) vinden een significant verschil in ernst van de angst bij patienten die wel baat hadden en zij die niet met succes behandeld werden. Ook dit verschil kan wellicht verklaard worden uit de verschillen in groepssamenstelling (zie eerder).

Met betrekking tot de waanachtige beleving van de inhoud van de dwanggedachten werd er geen verschil gevonden tussen de patienten uit de M-groep en de patienten uit de S-groep. Foa kon met hetzelfde meetinstrument evenmin verschil vaststellen tussen patienten die wel en patienten die geen baat hadden bij de behandeling (Foa et al., 1983b).

De meting van de motivatie laat grote verschillen zien tussen de groep patienten die wel baat had en de patienten die dat niet hadden. Deze bevinding nodigt uit tot verder onderzoek in deze richting.

De meting van de agressiviteit en intelligentie van de patienten uit de M-groep en die van patienten uit de S-groep liet geen verschillen zien.

De gemiddelde score op de I.P.O.V., een vragenlijst waarmee gepretendeerd wordt het interactioneel probleemoplossend vermogen te meten, toonde geen verschil tussen de patienten uit de M-groep en die van de S-groep. Wel valt op dat het met het interactioneel probleemoplossend vermogen van zowel de patienten uit de M-groep als die uit de S-groep matig gesteld is.

De I.P.O.V. is voor Nederland genormeerd. Wanneer gekeken wordt naar de plaats van de gemiddelde score van de patienten uit de M-groep (gemiddelde score: 105) en die van de S-groep (gemiddelde score: 116) blijken deze beide geplaatst te moeten worden in het 2e deciel. Dit betekent dat in Nederland slechts maximaal 20% van de populatie lager scoort en 80% hoger. Op de consequentie die dit zou kunnen inhouden voor de behandeling wordt later teruggekomen.

De Z.B.V.-STAI-DY 1 en 2 waarmee de angst gemeten wordt, is voor Nederland genormeerd (Van der Ploeg, Defares & Spielberger, 1980). Het blijkt dat de gemiddelde score van de patienten met een dwangneurose in het 10e deciel valt! Zowel de scores bij de toestandsangst als bij de angstdispositie zijn uitzonderlijk hoog. Anders gezegd: 90% van de Nederlandse bevolking zou lager scoren. Ook met betrekking tot de score op de S.D.S. (depressie) is de gemiddelde ruwe score van de patienten (zowel uit de M-groep als uit de S-groep) hoog (+ 50). Dijkstra (1974) vindt bij depressieve patienten bijv. een gemiddelde score van 43.

De Z.A.V. waarmee de boosheid gemeten wordt, is eveneens voor Nederland genormeerd. De gemiddelde score met betrekking tot de toestandsboosheid ligt rond het 7e deciel, zowel voor patienten uit de M-groep als de S-groep. Dit betekent dat in Nederland 60% van de mensen hoger zou scoren. Voor de boosheidsdispositie geldt een gemiddelde score die overeenkomt met het 9e deciel (zowel voor de M-groep als de S-groep). Dit betekent dat 80% van de Nederlanders een lagere boosheidsdispositie aangeeft.

De intelligentie is gemeten met de Verkorte G.I.T. Zowel voor patienten uit de M-groep als voor patienten uit de S-groep werd een hoog niveau gevonden, resp. een I.Q. van 124 en 121. Dit is een bevinding die bij patienten met een dwangneurose bij herhaling is waargenomen (zie Foa & Steketee, 1979).

De therapeutische relatievevariabelen zijn van betekenis bij de differentiatie van de patienten uit de M-groep en die uit de S-groep. Zowel de gemiddelde scores op de patient-vorm als de gemiddelde scores op de therapeut-vorm van de lijst van Barrett Lennard voor individuele therapeutische relaties, geven een significant verschil aan tussen patienten uit de M-groep en die uit de S-groep.

Spijtig is dat eerst in de tiende zitting de therapeutische relatie gestabiliseerd zou zijn, waardoor de prognostische relevantie van dit meetinstrument beperkt is (Lietaer, 1976). Een tweede probleem is dat de wederzijdse waarderungen van therapeut en patient op het moment dat de behandeling als mislukt beschouwd wordt, door dit feit beïnvloed kunnen worden. Voorzichtigheid met betrekking tot het gebruik van deze gegevens is dus geboden.

Interessant is het te onderzoeken in hoeverre er sprake is van onderlinge samenhang tussen de Motivatielijst (significant differentiërend) en de lijst van Barrett Lennard.

Hiertoe is een grafische voorstelling gemaakt waarbij de EPIN-scores van de lijst van Barrett Lennard op de horizontaal en de scores van de Motivatielijst op de verticaal zijn weergegeven (zie fig. 42 en 43).

De patienten die een goede therapeutische relatie aangeven en een goede motivatie hebben, worden rechts boven in fig. 42 aangetroffen. Er zijn vier patienten die zowel een lage motivatie als een lage waardering voor de therapeutische relatie hebben: dit zijn drie patienten uit de M-groep (patient no 3, 43 en 58) en één patient uit de S-groep (patient no 57).

In fig. 43 wordt de relatie tussen de scores op de therapeut-vorm van de lijst Barrett Lennard en de scores op de Motivatielijst weergegeven.

De patienten die goed gemotiveerd zijn en een hoge waardering voor de therapeutische relatie van de therapeut hebben, worden rechts boven in fig. 43 weergegeven. Er zijn drie patienten met een lage score op zowel de Motivatielijst als de therapeut-vorm van de lijst van Barrett Lennard. Dit zijn drie patienten uit de M-groep (patient no 3, 43 en 58).

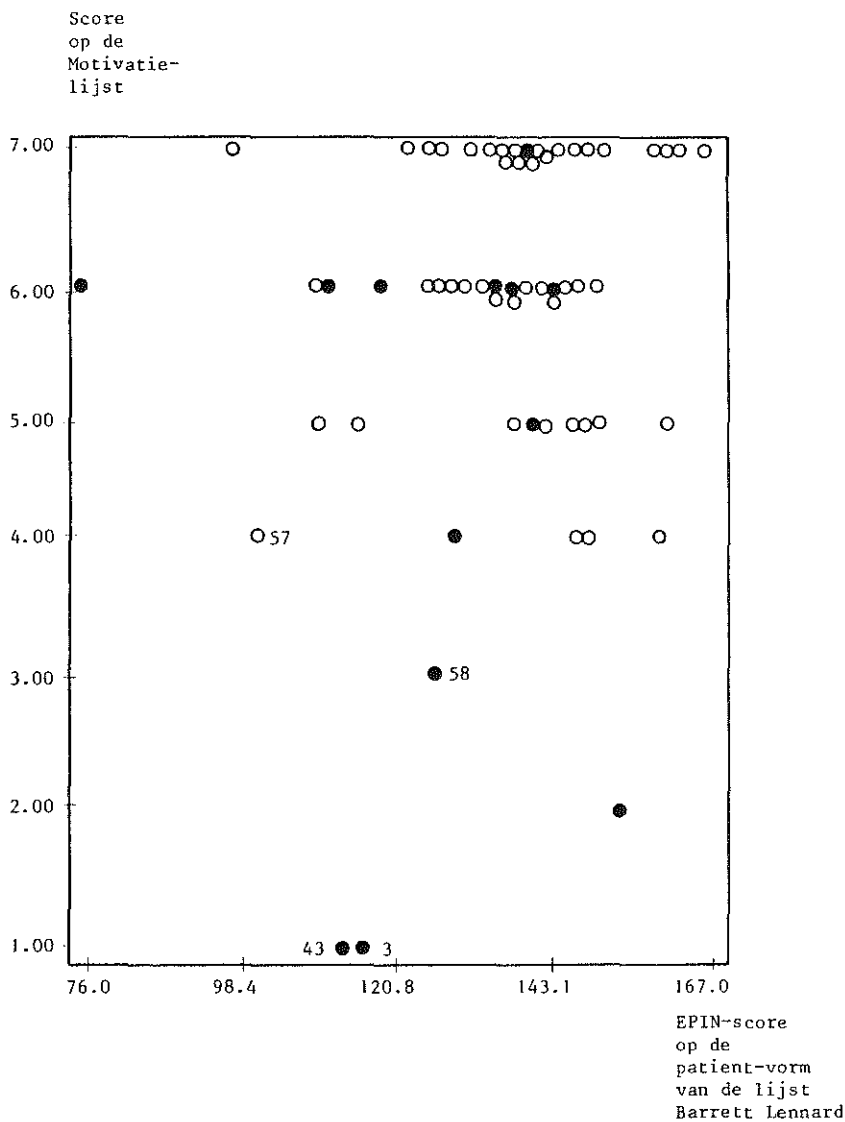


Fig. 42: Grafische voorstelling van de EPIN-scores op de lijst van Barrett Lennard (therapeutische relatie / patient-vorm) en op de Motivatielijst.

O = patiënt uit de S-groep

● = patient uit de M-groep

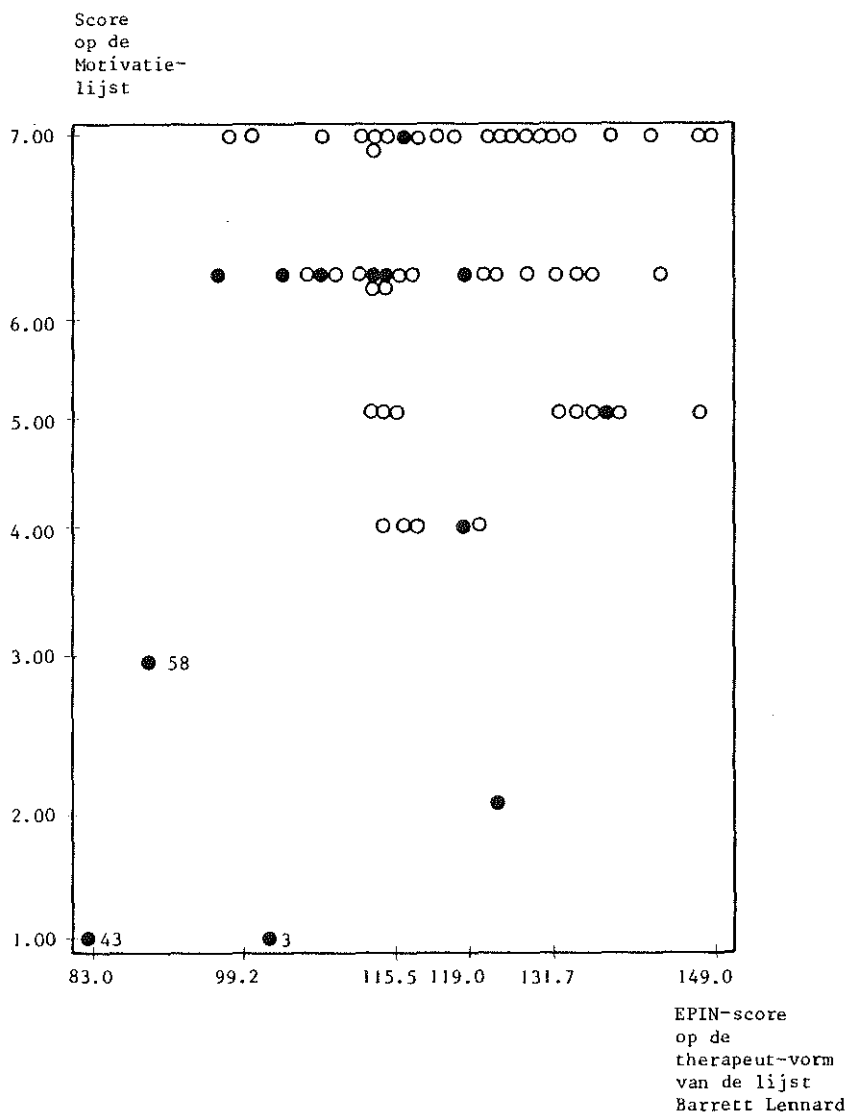


Fig. 43: Grafische voorstelling van de EPIN-scores op de lijst van Barrett Lennard (therapeutische relatie / therapeut-vorm) en op de Motivatielijst.

○ = patient uit de S-groep

● = patient uit de M-groep

9.2 Variabelen gezamenlijk

9.2.1 Voorspelbaarheid op de 7 variabelen gezamenlijk

Op grond van de zeven psychologische variabelen - depressie, angst, waanachtig beleven van de inhoud van de dwanggedachten, motivatie, agressie, intelligentie en interactioneel probleemoplossend vermogen - werd geprobeerd de M-groep van de S-groep te differentiëren. Daartoe worden met behulp van een discriminantanalyse de 'achteraf-waarschijnlijkheden om tot een bepaalde groep te behoren', bepaald. Hiertoe werd gebruik gemaakt van een discriminantanalyse-methode ontwikkeld door Habbema et al. (1978) (zie Addendum; Duivenvoorden, 1984; zie ook Jongerius, 1984). Bij deze berekening wordt van een vooraf-waarschijnlijkheidskans van 50% om tot de mislukkingen-groep, dan wel tot de succesgroep te behoren, uitgegaan. Dit betekent dat het gegeven dat in 22% van de gevallen van mislukking en in 78% van de gevallen van succes sprake was, niet in de berekeningen verdisconteerd wordt.

Alleen bij de gehuwde of duurzaam samenwonende patiënten is er een meting van het interactioneel probleemoplossend vermogen gedaan. Om deze variabele toch bij de berekeningen te kunnen betrekken, wordt aan de patiënten bij wie deze variabele niet gemeten is (alleenstaanden) een score toegewezen. Dit is als volgt gedaan: de vier patiënten zonder partner uit de M-groep krijgen een score gelijk aan de gemiddelde score van de patiënten uit de M-groep; de 14 patiënten zonder partner uit de S-groep krijgen een score gelijk aan de gemiddelde score van de patiënten uit de S-groep.

De toestandsangst en angstdispositie worden gezamenlijk tot één waarde voor angst gesommeerd. Hetzelfde is gedaan met betrekking tot de scores voor toestandsboosheid en boosheidsdispositie. De mate waarin de discriminantanalyse de twee categorieën patiënten weet te differentiëren, wordt gepresenteerd in een kruistabel (tabel 28).

Patiënten die geen baat hadden bij de behandeling (volgens het succescriterium en de discriminantanalyse als zodanig ingedeeld)

worden gepresenteerd in cel a. Patienten die wel baat hadden bij de behandeling (volgens het succescriterium en de discriminantanalyse) worden weergegeven in cel d. Foutief aan de M-groep toegewezen patienten (dat wil zeggen volgens de discriminantanalyse aan de M-groep toegewezen, terwijl zij op grond van het succescriterium daar niet thuishoren) in cel c. In cel b ten slotte worden die patienten gepresenteerd die volgens de discriminantanalyse toegewezen worden aan de S-groep, terwijl zij volgens het succescriterium thuishoren in de M-groep.

Tabel 28: Toewijzingsmatrix voor M en S op basis van de discriminantanalyse; algebraïsche notatie.

		Toewijzing (volgens discriminantanalyse)	
		M	S
Criterium:	M	Correct toegewezen M-groep	Foutief toegewezen S-groep
	S	Foutief toegewezen M-groep	Correct toegewezen S-groep
		a b	c d

STATISTISCHE MATEN	Percentages
Correct toegewezen	$\frac{a + d}{n} \times 100$
Sensitiviteit t.o.v. M-groep	$\frac{a}{a + b} \times 100$
Sensitiviteit t.o.v. S-groep	$\frac{d}{c + d} \times 100$
Correcte toewijzing aan M-groep voorspeld	$\frac{a}{a + c} \times 100$
Correcte toewijzing aan S-groep voorspeld	$\frac{d}{b + d} \times 100$

Een gebruikelijke maat om aan te geven of S zich van M laat differentiëren is het percentage dat correct wordt toegewezen

door de analysemethode. De 'error rate' geeft het percentage aan dat incorrect wordt toegewezen, dat wil zeggen het percentage dat niet wordt toegewezen aan de groep waartoe het behoort op grond van de analysemethode. Het optimale afsnijpunt is dat punt dat percentagegewijs de minste foutieve toewijzingen oplevert. Een dergelijk snijpunt ligt in het geval van twee groepen gebruikelijk bij $p = 0.50$.

De achteraf-toewijzingen vinden stapsgewijze plaats overeenkomstig de volgorde van het stapsgewijze theoretische model (zie fig. 10), dat wil zeggen in de volgorde: depressie, angst, waanachtig beleven van de inhoud van de dwanggedachten, motivatie, agressie, intelligentie en interactioneel probleemoplossend vermogen. De uiteindelijke toewijzingen zullen gepresenteerd worden met de hiervoor besproken algebraïsche notatie.

Stap 1: Depressie

Tabel 29: Achteraf-kansen op grond van metingen van de depressie.

Toewijzing
(volgens discriminantanalyse)

		M	S
Criterium:	M	3	10
	S	10	37

STATISTISCHE MATEN	Percentages
Correct toegewezen	67
Sensitiviteit t.o.v. M-groep	23
Sensitiviteit t.o.v. S-groep	79
Correcte toewijzing aan M-groep voorspeld	23
Correcte toewijzing aan S-groep voorspeld	79

Zoals uit tabel 29 blijkt, maken de scores op de S.D.S. een correcte toewijzing van 67% mogelijk. Dit betekent dat op grond van de meting achteraf - wanneer bekend is of de patient een succes of mislukking is - in 67% van de gevallen de patient correct als mislukking of succes geclassificeerd wordt. Voor de patienten uit de M-groep geldt dit voor 23%. Voor de patienten uit de S-groep bedraagt dit percentage 79%. Dit betekent dat de S.D.S.-scores een lage sensitiviteit hebben ten opzichte van de M-groep. Anders gezegd: voor patienten die geen baat hebben bij de behandeling is de score op de S.D.S. met betrekking tot de achteraf-classificatie van beperkte betekenis.

Stap 2: Depressie en angst

Tabel 30: Achteraf-kansen op grond van metingen van depressie en angst.

		Toewijzing (volgens discriminantanalyse)	
		M	S
Criterium:	M	2	11
	S	8	39

STATISTISCHE MATEN	Percentages
Correct toegewezen	68
Sensitiviteit t.o.v. M-groep	15
Sensitiviteit t.o.v. S-groep	83
Correcte toewijzing aan M-groep voorspeld	20
Correcte toewijzing aan S-groep voorspeld	78

In tabel 30 worden de achteraf-kansen op grond van metingen van depressie en angst weergegeven. De variabelen depressie en angst tezamen (gemeten met behulp van de S.D.S. en de Z.B.V.-STAI-DY 1 en 2) brengen geen grote verschuiving teweeg in correcte toe-

wijzingen: 68% wordt correct toegewezen. De sensitiviteit met betrekking tot de M-groep wordt nog minder: 15%. Met betrekking tot de S-groep blijkt de sensitiviteit hoog: 83% wordt goed toegewezen.

Stap 3: Depressie, angst en waanachtig beleven

Tabel 31: Achteraf-kansen op grond van metingen van depressie, angst en waanachtig beleven.

		Toewijzing (volgens discriminantanalyse)	
		M	S
criterium:	M	7	6
	S	7	40

STATISTISCHE MATEN	Percentages
Correct toegewezen	78
Sensitiviteit t.o.v. M-groep	54
Sensitiviteit t.o.v. S-groep	85
Correcte toewijzing aan M-groep voorspeld	50
Correcte toewijzing aan S-groep voorspeld	87

In tabel 31 worden de achteraf-kansen op grond van metingen van depressie, angst en waanachtig beleven van de inhoud van de dwanggedachten weergegeven.

De variabele waanachtig beleven heeft een belangrijke invloed op de toewijzingen. Het percentage goed aan de M-groep of S-groep toegewezen patiënten stijgt tot 78%. De sensitiviteit voor zowel de M-groep als de S-groep stijgt tot resp. 54% en 85%.

Stap 4: Depressie, angst, waanachtig beleven en motivatie

Tabel 32: Achteraf-kansen op grond van metingen van depressie, angst, waanachtig beleven en motivatie.

		Toewijzing (volgens discriminantanalyse)	
		M	S
Criterium:	M	4	9
	S	3	44

STATISTISCHE MATEN	Percentages
Correct toegewezen	80
Sensitiviteit t.o.v. M-groep	31
Sensitiviteit t.o.v. S-groep	94
Correcte toewijzing aan M-groep voorspeld	57
Correcte toewijzing aan S-groep voorspeld	83

In tabel 32 worden de achteraf-kansen op grond van metingen van depressie, angst, waanachtig beleven en motivatie weergegeven. Het percentage goed toegewezen patienten is nu 80%. De sensitiviteit voor de S-groep is hoog: 94%; die van de M-groep is opnieuw laag: 31%.

Stap 5: Depressie, angst, waanachtig beleven, motivatie en agressie

Tabel 33: Achteraf-kansen op grond van metingen van depressie, angst, waanachtig beleven, motivatie en agressie.

Toewijzing
(volgens discriminantanalyse)

		M	S
Criterium:	M	6	7
	S	5	42

STATISTISCHE MATEN	Percentages
Correct toegewezen	80
Sensitiviteit t.o.v. M-groep	46
Sensitiviteit t.o.v. S-groep	89
Correcte toewijzing aan M-groep voorspeld	54
Correcte toewijzing aan S-groep voorspeld	86

In tabel 33 worden de achteraf-kansen op grond van metingen van depressie, angst, waanachtig beleven, motivatie en agressie weergegeven. De sensitiviteit ten opzichte van de M-groep herstelt zich enigermate. De totale correcte toewijzing is opnieuw 80%.

Stap 6: Depressie, angst, waanachtig beleven, motivatie, agressie en intelligentie

Tabel 34: Achteraf-kansen op grond van metingen van depressie, angst, waanachtig beleven, motivatie, agressie en intelligentie.

Toewijzing
(volgens discriminantanalyse)

	M	S
M	6	7
S	8	39

Criterion:

STATISTISCHE MATEN	Percentages
Correct toegewezen	75
Sensitiviteit t.o.v. M-groep	46
Sensitiviteit t.o.v. S-groep	83
Correcte toewijzing aan M-groep voorspeld	43
Correcte toewijzing aan S-groep voorspeld	85

In tabel 34 worden de achteraf-kansen op grond van metingen van depressie, angst, waanachtig beleven, motivatie, agressie en intelligentie weergegeven.

Aldus wordt er met betrekking tot de zes variabelen tot een correcte toewijzing genomen van 75%. De sensitiviteit met betrekking tot de M-groep is matig (46%); voor de S-groep is dit redelijk. Van de aan de S-groep toegewezen patienten is 85% correct; voor de M-groep geldt dat in 43% van de gevallen.

Stap 7: Depressie, angst, waanachtig beleven, motivatie, agressie
intelligentie en interactioneel probleemoplossend vermogen

Tabel 35: Achteraf-kansen op grond van metingen van depressie, angst, waanachtig beleven, motivatie, agressie, intelligentie en interactioneel probleemoplossend vermogen.

Toewijzing
(volgens discriminantanalyse)

	M	S
M	7	6
S	6	41

Criterium:

STATISTISCHE MATEN	Percentages
Correct toegewezen	80
Sensitiviteit t.o.v. M-groep	54
Sensitiviteit t.o.v. S-groep	87
Correcte toewijzing aan M-groep voorspeld	54
Correcte toewijzing aan S-groep voorspeld	87

In tabel 35 worden de achteraf-kansen op grond van metingen van depressie, angst, waanachtig beleven, motivatie, agressie, intelligentie en interactioneel probleemoplossend vermogen weer-gegeven.

Deze zevende en laatste stap van de analyse brengt het percentage met een correcte toewijzing op 80%; de sensitiviteit ten opzichte van de M-groep op 54% en ten opzichte van de S-groep op 87%¹⁾ De correcte toewijzing aan de M-groep voorspeld is 54%; aan de S-groep 87%.

¹⁾ Met behulp van de kwadratische scoringsregel is een antwoord te geven op de vraag hoe groot de kans is dat de indeling correct heeft plaatsgevonden (zie Addendum). In de algebraïsche notatie is de formule: $Q_2 = \frac{(1 - p_i)^2}{n}$ waarbij p_i de waarschijnlijkheid is dat de patient x_i bij de S-groep behoort. De Q_2 bedraagt 0.19. Vervolgens wordt de Q_5 berekend. Dit is het verschil met de verwachte discriminatie (EQ_2). Hoe dichter deze waarde bij 0.0 ligt, hoe betrouwbaarder de analyse. In dit geval bedraagt de $Q_5 = EQ_2 - Q_2 = 0.09 - 0.19 = -0.1$. Dit betekent dat de methode overconfident is en dat de achteraf-waarschijnlijkheden te gunstig zijn.

Samengevat kan gesteld worden dat de psychologische variabelen tezamen kwaliteiten hebben om een substantiële differentiatie tussen de patienten uit de M-groep en uit de S-groep te effectueren. De sensitiviteit ten opzichte van de M-groep is minder dan de sensitiviteit ten opzichte van de S-groep.

In de tabellen 36 en 37 worden de achteraf-kansen van de patienten op een correcte toewijzing aan de M-groep, resp. de S-groep weergegeven. De zes patienten uit de M-groep die foutief toegewezen worden, zijn: no 5, 24, 29, 38, 45 en 60. De zes patienten uit de S-groep die foutief worden toegewezen, zijn: no 6, 9, 14, 51, 57 en 59.

Tabel 36: Achteraf-waarschijnlijkheden van correcte toewijzing M-groep op basis van het model met 7 variabelen.

Patient nummer	Waarschijnlijkheid op (correcte) toewijzing M-groep
3	1.00
5 ¹⁾	0.24
23	0.77
24 ¹⁾	0.01
27	0.60
29 ¹⁾	0.03
36	0.70
38 ¹⁾	0.01
43	1.00
45 ¹⁾	0.02
56	0.78
58	0.99
60 ¹⁾	0.01

¹⁾ Foutief toegewezen patienten.

Uit tabel 36 wordt duidelijk dat de kans om aan de M-groep te worden toegewezen sterk uiteenloopt. Er zijn zes patienten die een 70 - 100% kans hebben correct te zijn toegewezen. Er is een tussengroep van twee, waarbij de kans zich tussen de 20% en 70% beweegt; vijf patienten zijn vrijwel zeker onjuist toegewezen.

Tabel 37: Achteraf-waarschijnlijkheden van correcte toewijzing S-groep op basis van het model met 7 variabelen.

Patient nummer	Waarschijnlijkheid (correcte) toewijzing S-groep	Patient nummer	Waarschijnlijkheid (correcte) toewijzing S-groep
1	0.69	31	0.72
2	0.99	32	0.99
4	0.95	33	0.70
6 ')	0.44	34	0.62
7	0.97	35	0.97
8	0.93	37	0.92
9 ')	0.00	39	0.94
10	0.96	40	0.95
11	0.56	41	0.92
12	0.90	42	0.91
13	0.92	44	1.00
14 ')	0.27	46	0.98
15	0.91	47	0.96
16	0.98	48	0.92
17	0.98	49	0.95
18	0.76	50	0.84
19	0.97	51 ')	0.36
20	0.80	52	0.99
21	1.00	53	0.92
22	0.96	54	0.96
25	0.50	55	0.97
26	0.58	57 ')	0.00
28	0.98	59 ')	0.00
30	0.91		

') Foutief toegewezen patienten.

Bij de achteraf-waarschijnlijkheden blijkt dat bij 36 van de uit 47 patienten bestaande S-groep de kans op een juiste toewijzing tussen 70 - 100% ligt (zie tabel 37). Bij acht patienten is deze kans aanmerkelijk lager (15 - 70%). Drie patienten scoren een 0% kans op een toewijzing aan de S-groep.

Met behulp van de gegevens over de therapeutische relatievariabelen, eventuele stresserende factoren, demografische variabelen en gegevens over de dwang werd vervolgens onderzocht of de foutieve toewijzingen verklaard kunnen worden.

In het onderstaande volgt de analyse van de patiënten die een kans groter of gelijk aan 50% hebben om aan de S-groep toegevoegd te worden en toch geen baat hadden bij de behandeling. Met andere woorden: een onderzoek van de gegevens van die patiënten van wie op grond van de metingen van de zeven variabelen verwacht kon worden dat zij baat hadden moeten hebben bij de behandeling, maar bij wie de behandeling toch niet succesvol was.

Tabel 38: Overzicht van de gegevens over therapeutische relatie en stresserende factoren van de foutief aan de S-groep toegewezen patiënten.

Patiënt nummer	Score Barrett Lennard		Stresserende factor van gewicht
	patient-vorm	therapeut-vorm	
5	123	112	-
24	136	93	-
29	139	114	overlijden familielid overlijden vriend
38	120	108	plotselinge hypotheekopeising
45	140	116	-
60	130	123	-
M M-groep	127	111	
M S-groep	139	124	

Bij diverse patiënten uit de M-groep waren factoren aanwezig die mogelijk bijgedragen hebben tot het mislukken van de behandeling bij patiënten die in eerste instantie een goede kans op succes hadden (zie tabel 38).

- Patient no 24: heeft een zeer lage score op de lijst van Barrett Lennard (therapeut-vorm): 93 . Dit betekent een door de therapeut ongunstig gewaardeerde therapeutische relatie. Slechts 5% van de patienten scoort nog lager.
- Patient no 29: werd tijdens de behandeling tweemaal geconfronteerd met een sterfgeval in de directe omgeving.
- Patient no 38: werd geconfronteerd met een plotselinge op-eising van de hypotheek.
- Voor de patienten 5, 45 en 60 konden geen factoren gevonden worden die verantwoordelijk gesteld zouden kunnen worden voor het mislukken van de behandeling.

De demografische gegevens (geslacht, burgerlijke staat en opleiding) leveren geen relevante factoren op die een bijdrage tot de verklaring van het foutief aan de S-groep toewijzen van patienten uit de M-groep (nogmaals: dit zijn de patienten die op grond van de variabelen eigenlijk baat zouden moeten hebben gehad bij de behandeling) zouden kunnen geven.

De gegevens over de dwangverschijnselen leveren evenmin een verklaring op.

Tabel 39: Overzicht van de gegevens met betrekking tot ernst en duur van de dwangverschijnselen van de foutief aan de S-groep toegewezen patienten.

Patient nummer	Ernst (score op de I.D.B.	Duur
5	101	14;5 jaar
24	116	0;10 jaar
29	82	25 jaar
38	98	25;8 jaar
45	138	8;3 jaar
60	109	2;9 jaar
M M-groep	104	13;6 jaar

De gegevens over ernst en duur van de dwangverschijnselen worden in tabel 39 weergegeven.

Uit dit overzicht kan niet geconcludeerd worden dat het hier gaat om patienten met een opvallende ernst of duur van de dwangverschijnselen (de gemiddelde score op de I.D.B. was 104; een gemiddelde duur van de dwangverschijnselen 13;6 jaar voor alle patienten uit de M-groep).

De analyse van de patienten die baat hadden bij de behandeling, maar die achteraf toch aan de M-groep werden toegewezen - dit zijn dus patienten van wie op grond van de scores op de psychologische variabelen verwacht mocht worden dat zij geen baat bij de behandeling zouden hebben, maar bij wie de behandeling toch succesvol is verlopen - laat het volgende zien.

Tabel 40: Overzicht van de gegevens over de therapeutische relatie van de incorrect aan de M-groep toegewezen patienten.

Patient nummer	Score Barrett Lennard	
	patient- vorm	therapeut- vorm
6	160	138
9	152	148
14	143	132
51	161	148
57	149	114
59	149	114
M S-groep	139	124

Het valt op dat deze patienten hoge scores hebben op zowel de patient-vorm als de therapeut-vorm van de lijst van Barrett Lennard. De gemiddelde score van de patienten uit de S-groep op de patient-vorm en therapeut-vorm is resp. 139 en 124.

De eerste conclusie is dat de therapeutische relatie voor de zes patienten die incorrect aan de M-groep toegewezen werden goed tot zeer goed was. Voor de patienten 6, 9 en 51 was er sprake van een zeer hoge waardering van de kwaliteit van de therapeutische relatie door zowel patient als therapeut (zie tabel 40).

Analyse van de demografische variabelen levert geen bijdrage aan de verklaring van de incorrecte toewijzingen.

In tabel 41 worden de ernst en duur van de dwangverschijnselen van deze patienten weergegeven.

Tabel 41: Overzicht van de gegevens met betrekking tot ernst en duur van de dwangverschijnselen van de foutief aan de M-groep toegewezen patienten.

Patient nummer	Ernst (score op de I.D.B.)	Duur
6	86	7 jaar
9	90	13 jaar
14	99	0;7 jaar
51	109	1;11 jaar
57	98	4;11 jaar
59	92	7 jaar
M S-groep	101	10;5 jaar

Uit deze tabel blijkt dat het bij patienten uit de S-groep die foutief aan de M-groep werden toegewezen, om de relatief lichtere gevallen zou kunnen gaan

In fig. 40 (blz. 182) wordt de ernst van het dwangmatig gedrag en de duur van de klachten weergegeven. Hierbij valt op dat, hoewel de variabelen afzonderlijk geen significante verschillen vertoonden met betrekking tot de M-groep en de S-groep, in het linker onder-kwadrant (relatief mild dwangmatig gedrag en korte duur) alleen patienten uit de S-groep vertegenwoordigd zijn. Van de zes patienten uit de S-groep die ten onrechte aan de M-groep werden toegewezen, vinden we niet minder dan vijf patienten in dit kwadrant terug. Alleen patient no 51 valt er net buiten (zie fig. 40). Dit kan betekenen dat de relatief lichte vorm van de dwangneurose bij deze patienten-een factor is die bijdroeg tot de gunstiger afloop dan op grond van de zeven variabelen verwacht mocht worden.

9.2.2 Discussie

De discriminantanalyse levert bij de berekening van de achteraf-waarschijnlijkheden twaalf patienten op die verkeerd worden toegewezen. Zes patienten worden foutief aan de S-groep toegewezen (terwijl ze geen baat hadden bij de behandeling) en zes patienten worden foutief aan de M-groep toegewezen (zij hadden wel baat bij de behandeling). Onderzoek van de incorrect aan de S-groep toegewezen patienten levert bij drie van hen een mogelijke verklaring op: tweemaal stresserende omstandigheden tijdens de behandeling en eenmaal een minder goede therapeutische relatie. Bij de overige drie patienten wordt geen verklaring gevonden.

Rachman (1983) heeft aangegeven dat bij normale personen onvrijwillig opdringende gedachten kunnen volgen op een stresserende gebeurtenis. Het ligt voor de hand om aan te nemen dat patienten met een dwangneurose extra gevoelig voor stresserende omstandigheden zullen zijn en op stress met verergering van klachten zullen reageren. Een gunstig verlopende behandeling kan door een stresserende gebeurtenis verstoord worden.

In één geval (patient no 24) lijkt de negatieve attitude van de therapeut een verklaring te bieden voor het feit dat de patient die een zeer goede kans op succes had ($p = 0.99$) desondanks in de M-groep terecht kwam. Omgekeerd blijkt dat bij patienten die ten onrechte aan de M-groep werden toegewezen steeds een goede tot zeer goede therapeutische relatie gevonden werd.

Wanneer de twaalf incorrect toegewezen patienten gezien worden, blijkt dat bij zeven van hen de verklaring voor de incorrecte toewijzing met enige reden in de aard van de therapeutische relatie gezocht kan worden. Deze bevinding komt overeen met de conclusies van Foa et al. (1983b) bij dwangpatienten en Emmelkamp en Van der Hout (1983) bij fobische patienten.

De patienten uit de S-groep die incorrect aan de M-groep werden toegewezen, blijken zich bovendien met betrekking tot ernst en duur in gunstige zin te onderscheiden. De relatief geringe ernst van het dwangmatig gedrag in combinatie met een relatief korte duur van de klachten lijken eveneens van grote betekenis bij de voorspelling van een goed behandelingsresultaat.

Het omgekeerde kan overigens niet gezegd worden: Ernstig dwangmatig gedrag en een langdurig bestaan van de klachten zijn variabelen die niet zonder meer op een slechte prognose wijzen (zie fig. 40).

Hoofdstuk 10
SLOTBESCHOUWING

10.1 Samenvatting van de resultaten en beantwoording van de vraagstelling

De vraagstelling van dit onderzoek spitst zich toe op twee hoofdpunten. Ten eerste: is het mogelijk met de hier voorgestelde behandeling veranderingen bij patienten te bewerkstelligen en zo ja, van welke grootte zijn deze veranderingen? Ten tweede: is het mogelijk om met behulp van de psychologische variabelen de patienten die baat hebben bij de behandeling te differentiëren van de patienten die niet verbeteren? Voordat tot de beantwoording van deze vragen wordt overgegaan, worden relevante gegevens van de groep patienten waarover zich dit onderzoek uitstrekt, weergegeven. Dit om een goede oriëntatiemogelijkheid te bieden voor een juiste interpretatie van de later volgende conclusies.

De groep bestond uit 62 patienten bij wie de diagnose 'dwangneurose' gesteld werd. Twee patienten werden niet bij het onderzoek betrokken. Eén patient werd uitgesloten omdat er sprake was van een te lage score met betrekking tot de I.D.B., het meetinstrument voor dwangmatig gedrag. Deze score was twee punten lager (65) dan de score die noodzakelijk was voor deelname aan het onderzoek (67). Eén patient (2%) weigerde aan het onderzoek deel te nemen.

Er behoefden geen patienten op grond van de exclusiecriteria uitgesloten te worden. In de groep zijn mannen enigermate ondervertegenwoordigd (37%); de mannen leven vaker zonder partner dan bij de vrouwelijke patienten het geval is ($p < 0,01$).

De dwangverschijnselen zijn in de meeste gevallen voor het 30ste jaar begonnen; bij de mannen begonnen de klachten eerder dan bij de vrouwen ($p < 0,05$). De gemiddelde tijd dat de patienten last hadden van de klachten bedroeg 11;1 jaar. De mannen waren minder vaak klinisch behandeld dan de vrouwen ($p < 0,05$). Ook gebruikten de mannen minder vaak psychofarmaca ($p < 0,001$).

De groep komt met betrekking tot gemiddelde ernst en duur van de klachten overeen met groepen patienten waarover door andere onderzoekers gerapporteerd werd.

De veranderingen in de frequentie of de duur van de dwangverschijnselen zijn door de patienten met behulp van een zelfregistratie-procedure vastgelegd. De eventuele verbeteringen zijn aangegeven in percentages van frequentie en/of duur van de klachten per dag. Deze percentages zijn vervolgens gerubriceerd in decielen.

Als criterium voor mislukking is in navolging van andere auteurs voor $\leq 30\%$ verbetering gekozen. Volgens dit criterium moest de behandeling van 13 patienten als mislukt beschouwd worden (M-groep) en de behandeling van de overige 47 patienten als succesvol (S-groep). De M-groep werd samengesteld uit drop-outs en patienten die geen baat hadden bij een regulier ondergane behandeling. Deze twee categorieën vertoonden geen onderlinge verschillen, zodat deze patienten als één groep beschouwd konden worden.

De patienten uit de S-groep bleken te verbeteren met betrekking tot de gemeten depressiviteit ($p < 0,001$), toestandsangst ($p < 0,001$), angstdispositie ($p < 0,001$) en dwangmatig gedrag ($p < 0,001$). De patienten uit de M-groep verbeterden daarentegen niet op deze variabelen.

Samengevat kan in de gemiddelde verbetering van de patienten uit de S-groep met betrekking tot depressiviteit, toestandsangst, angstdispositie en dwangmatig gedrag een ondersteuning gezien worden van de betrouwbaarheid van de scores verkregen met behulp van de zelfregistratie.

Met deze gegevens kan met betrekking tot de eerste hypothese gesteld worden dat in 78% van de gevallen een verbetering bereikt werd groter dan 30%, gemeten met behulp van zelfregistratielijsten waarop de belangrijkste dwangverschijnselen in frequentie en/of duur zijn vastgelegd. Deze verbetering bleek ook terug te vinden in vermindering van depressieve gevoelens, angst en dwangmatig gedrag in het algemeen.

Het tweede deel van de vraagstelling luidt of het mogelijk is de patienten die baat hadden bij de behandeling te differentiëren van

hen die dat niet hadden. De patienten uit de M-groep verschilden niet van patienten uit de S-groep wat betreft geslacht, burgerlijke staat en opleidingsniveau. Ook met betrekking tot de dwangverschijnselen (ingedeeld volgens Rachman) is er geen verschil tussen de groepen. Er is geen verschil in duur van de klachten, leeftijd waarop de klachten zijn begonnen, noch in leeftijd bij aanmelding en ernst van de klachten.

Wel blijken de variabelen ernst en duur gezamenlijk een belangrijke differentiërende betekenis te hebben voor de patienten van de M-groep en die van de S-groep. Een score ≤ 100 op de I.D.B. en een duur ≤ 20 jaar hielden in dat de patienten in 100% van de gevallen baat hadden bij de behandeling.

De patienten uit de M-groep ondergingen gemiddeld meer poliklinische behandelingen ($p < 0,05$). Ook waren vergelijkenderwijs meer patienten uit de M-groep klinisch behandeld geweest ($p < 0,05$).

De differentiatie van de patienten uit de M-groep en die uit de S-groep met behulp van de psychologische variabelen werd eerst per variabeel afzonderlijk en vervolgens voor zeven variabelen gezamenlijk onderzocht. De metingen van de psychologische variabelen depressie, toestandsangst, angstdispositie, waanachtig beleven van de inhoud van de dwanggedachten, de toestandsboosheid, de boosheidsdispositie en de intelligentie lieten geen verschillen zien tussen de gemiddelde waarden van de patienten uit de M-groep en die van de S-groep. De meting van de motivatie leverde een verschil op ($p < 0,001$) ten nadele van de M-groep. De meting van het interactioneel probleemoplossend vermogen bij patienten die met een partner samenleven, leverde geen verschil op tussen patienten uit de M-groep en die uit de S-groep. Wel valt op dat de gemiddelde score voor alle dwangpatienten in het 2e deciel geplaatst dient te worden (slechts max. 20% van de Nederlandse bevolking heeft een lagere score). De therapeutische relatievariabelen gaven een aantal verschillen te zien. De meting van de therapeutische relatie gaf zowel vanuit de patient als vanuit de therapeut gezien verschillen aan tussen de gemiddelden voor patienten uit de M-groep en patienten uit de S-groep. Bij patienten uit de S-groep werd de therapeutische relatie aanmerkelijk positiever gewaardeerd, zowel door de patienten zelf ($p < 0,05$) als door de therapeut ($p < 0,005$).

Op grond van de zeven psychologische variabelen gezamenlijk werden met behulp van een discriminantanalyse de achteraf-waarschijnlijkheden om tot de M-groep of de S-groep te behoren, bepaald. Van de patienten werd 80% correct toegewezen aan de M-groep (7 correct en 6 incorrect) en de S-groep (41 correct en 6 incorrect). Bestudering van de patienten die foutief toegewezen werden, leverde de volgende gegevens op:

Bij twee van de zes ten onrechte aan de S-groep toegewezen patienten bleek een ernstige gebeurtenis plaatsgevonden te hebben tijdens de behandeling (dood van een familielid, dood van een kennis, resp. een opeising van de hypotheek). In één geval had de therapeut een erg lage waardering van de therapeutische relatie. Bij drie patienten werd geen enkele verklaring gevonden voor de verkeerde toewijzing. Onderzoek van de demografische gegevens en de gegevens over de dwang leverde geen bijzonderheden op. De zes patienten die ondanks een toewijzing aan de M-groep toch baat hadden bij de behandeling hadden een hoge tot zeer hoge waardering van de relatie met hun therapeut. Bovendien was de ernst van de klachten matig en de duur van de klachten betrekkelijk kort.

Uit de resultaten van de discriminantanalyse, uitgevoerd om de patienten uit de M-groep te differentiëren van die uit de S-groep, tezamen met de gegevens verkregen uit onderzoek van de incorrect toegewezen patienten kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

Met behulp van de achteraf-kansberekening kan met de discriminantanalyse 90% van de patienten op grond van de zeven psychologische variabelen (depressie, angst, waanachtig beleven, motivatie, agressie, intelligentie en interactioneel probleemoplossend vermogen) correct worden toegewezen. Bij twee patienten lijken ernstige stresserende gebeurtenissen van betekenis voor het ondanks een gunstige predictie (toewijzing aan de S-groep) toch geen baat hebben bij de behandeling. Bij zeven patienten lijkt de therapeutische relatie van betekenis voor een andere uitkomst dan de predictie aangaf (éénmaal een gunstige predictie met een slechte therapeutische relatie en zesmaal een ongunstige predictie - toewijzing aan de M-groep - met toch een gunstig behandelingsresultaat).

Bovendien blijken ernst en duur van de klachten van groot belang. Relatief licht dwangmatig gedrag en een korte duur van de klachten houden een grote kans op succes in. Deze bevinding heeft consequenties voor het oorspronkelijke hypothesemodel. Ernstige stresserende gebeurtenissen zijn niet te voorkomen. Dit betekent dat het model in die gevallen steeds tekort zal schieten. De grote betekenis van de therapeutische relatie bij de patiënten voor wie het model niet voldoet, maakt het betrekken van deze variabele bij het model noodzakelijk, nl. de kans op een succesvolle behandeling neemt toe wanneer de therapeutische relatie zich gunstig ontwikkelt. Een groot probleem hierbij is het betrouwbaar meten van deze relatie aan het begin van de behandeling. Ook de ernst en duur van de klachten zullen in het model opgenomen dienen te worden.

Met betrekking tot de tweede hypothese kan gesteld worden dat met de zeven psychologische variabelen afzonderlijk het niet goed mogelijk is de patiënten naar mislukking of succes te differentiëren. Met de zeven variabelen gezamenlijk wordt daar bij 80% van de patiënten wel in geslaagd. Met behulp van de therapeutische relatie-variabelen, de gegevens over ernst en duur van de klachten en de tijdens de behandeling meegemaakte stresserende gebeurtenissen is het mogelijk bij 9 van de overige 12 patiënten aanwijzingen te vinden die het niet volledig slagen van de differentiatie kunnen verklaren.

Deze bevindingen houden in dat het eerder gepostuleerde model gemodificeerd dient te worden. Naast de psychologische variabelen depressie, angst, waanachtig beleven van de inhoud van de dwanggedachten, motivatie, agressie, intelligentie en interactioneel probleemoplossend vermogen zullen therapeutische relatie-variabelen en ernst en duur van de dwangverschijnselen in dit model ingepast moeten worden.

10.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Op grond van de empirisch-statistische bevindingen is een nieuw model ontwikkeld. Ook dit gemodificeerde model zal empirisch getoetst moeten worden. Daarbij is de vraag of met dit model meer adequaat dan met het voorgaande model differentiatie tussen de patienten uit de M-groep en die uit de S-groep gerealiseerd kan worden. Om het gemodificeerde model echter te kunnen toetsen, zal een meetinstrument voor de therapeutische relatie ontwikkeld moeten worden, waarmee vroeg in de behandeling, bijv. op de tweede of derde zitting, een indicatie over de therapeutische relatie verkregen kan worden.

Alvorens een volgende aanbeveling te doen, dienen eerst de bevindingen over de relatief bijzondere positie van de mannelijke patienten in vergelijking tot de vrouwelijke patienten te worden besproken.

De mannen - zijn gemiddeld jonger wanneer de klachten ontstaan;
 - zijn minder vaak klinisch behandeld;
 - gebruiken minder vaak psychofarmaca;
 - leven vaker alleen.

Hoewel dit alles op toeval zou kunnen berusten, is nader onderzoek naar dit fenomeen belangwekkend.

Ook de bevinding dat de patienten met een dwangneurose die met een partner samenleven, gemiddeld een matig interactioneel probleemoplossend vermogen hadden, vraagt om verder onderzoek. De vraagstelling van dit vervolgonderzoek kan luiden "of patienten die behandeld worden met een strategie waarin nadrukkelijk aandacht geschonken wordt aan verbetering van de relatie in ruimere zin, een gunstiger behandelingsresultaat boeken dan patienten die alléén met exposure en responspreventie behandeld worden".

10.3 Aanbevelingen voor de behandeling

Over de behandeling met behulp van exposure en responspreventie worden gunstige resultaten in de literatuur beschreven. Ook de resultaten van dit onderzoek ondersteunen deze bevindingen. De behandeling zoals hier voorgesteld kan meestal ambulant worden

uitgevoerd. Het aantal zittingen nodig voor de behandeling is relatief bescheiden (zie de resultaten van het vooronderzoek, blz. 118). Evenmin kan de behandeling als ernstig belastend voor de patient opgevat worden. Dit alles zou de overweging kunnen ondersteunen om patienten met een dwangneurose een dergelijke behandeling in eerste instantie aan te bieden. Op grond van de resultaten c.q. bevindingen kunnen er vervolgens enige richtlijnen gegeven worden over de te volgen behandelingsstrategie.

Van een patient met een dwangneurose worden de zeven psychologische variabelen vóór de behandeling onderzocht. Deze gegevens worden toegevoegd aan de resultaten van de metingen van deze variabelen gedaan bij 60 patienten van dit onderzoek. Met behulp van een discriminantanalyse-methode wordt de nieuwe patient vervolgens toegewezen aan de M-groep of de S-groep. Indien de patient aan de S-groep wordt toegewezen, krijgt de patient de hier beschreven behandeling, terwijl extra aandacht wordt geschonken aan de therapeutische relatie. Indien de patient aan de M-groep wordt toegewezen, heeft deze 54% kans (correcte toewijzing aan de M-groep) daadwerkelijk te mislukken. Met behulp van de resultaten van de metingen van de zeven psychologische variabelen lijkt het mogelijk deze kans op mislukken in gunstige zin te beïnvloeden. Voor de therapeutische praktijk lijkt het aan te bevelen om niet alleen magisch aandoende statistische technieken te gebruiken. Daarbij kan het visualiseren van de psychologische gegevens van de patient in de vorm van een profiel een nuttig hulpmiddel zijn. Om wille van de vergelijkbaarheid worden de gegevens getransformeerd naar een gemiddelde van 50 met een standaarddeviatie van 10. Wat als referentie wordt genomen, hangt af van de vraagstelling. Daarna wordt een grafiek opgesteld. In dit onderzoek zou daartoe het ongewogen gemiddelde van de patienten uit resp. de M-groep en de S-groep genomen kunnen worden. Een dergelijk profiel kan opgesteld worden voor iedere patient, c.q. iedere categorie patienten. Bijv. de groepsweergave van de M-patienten of de S-patienten, evt. onderscheiden naar al dan niet correct toegewezen zijn op basis van een statistische analyse (bijv. een discriminantanalyse zoals in het hier beschreven onderzoek is

gebruikt). Dit kan dan directieven geven voor een bepaalde behandelingsstrategie en verdere behandeling.

De patienten die correct toegewezen worden aan de M-groep zullen met de eerder beschreven therapie geen baat hebben bij de behandeling. Een gewijzigde aanpak maakt misschien een andere afloop mogelijk. Van de incorrect aan de M-groep toegewezen patienten mag verwacht worden dat zij, ondanks de gewijzigde aanpak, toch zullen verbeteren.

Bovendien is het goed zich te realiseren dat patienten met een relatief licht dwangmatig gedrag en een relatief korte duur van de klachten een zeer grote kans hebben om baat te hebben bij de hier gepresenteerde behandelingsstrategie. Anders gezegd: bij die patienten die aan de M-groep toegewezen worden, maar die licht dwangmatig gedrag en een korte klachtenduur hebben, is er een zeer grote kans dat zij ten onrechte aan de M-groep zijn toegewezen (zie fig. 40). Deze patienten zouden dus met een ongewijzigde strategie behandeld kunnen worden.

Van de overige aan de M-groep toegewezen patienten, die dus of een lange duur van de klachten of een relatief ernstig dwangmatig gedrag of beide vertonen, wordt een gewijzigde strategie voorgesteld.

Wanneer uit het geconstrueerde variabelenprofiel blijkt dat er een ernstige depressie is, zal een strategie gericht op behandeling van deze klachten geïndiceerd zijn, bijv. met behulp van anti-depressiva of een cognitieve gedragstherapie. Speelt de angst een belangrijke rol, dan lijkt een behandeling met anxiolytica of ontspanningsoefeningen als eerste geïndiceerd. Is het waanachtig beleven van de inhoud van de dwanggedachten in hoge mate aanwezig, dan lijkt een cognitieve gedragstherapie, of evt. behandeling met anti-psychotische medicatie als eerste aangewezen. Blijkt er een slechte gemotiveerdheid te bestaan, dan zal geprobeerd moeten worden de gemotiveerdheid te vergroten vóór de hier beschreven strategie wordt toegepast. Indien de agressie hoog is, dan zal de behandeling zich eerst op de agressiviteit richten. Zelfcontrole-procedures, een empathische aanpak bedoeld om een hechte therapeutische band tot stand te brengen, kunnen de eerste behandelingsdoelstellingen worden. Bij een lage intelligentie dient de therapeut zijn behandeling aan te passen aan het intelligentieniveau van de patient.

Bij de bespreking met de patient zal men attent moeten zijn op het goed begrepen worden van de informatie. De uitleg moet eenvoudig geformuleerd zijn en aangepast worden aan het niveau van de patient. Het tempo van de behandeling zal mogelijk vertraagd moeten worden. Bij een gering interactioneel probleemoplossend vermogen zal met behulp van een partner-relatietherapie geprobeerd dienen te worden binnen de relatie verbeteringen te bewerkstelligen. Vanzelfsprekend zou het aangewezen kunnen zijn om meer dan één benadering al dan niet simultaan toe te passen. Dit kan betekenen dat er al een aantal zittingen plaatsgevonden heeft vóór de behandeling van de dwangverschijnselen begint. Zo ontstaat het volgende behandelingsmodel (zie fig. 44). Aldus is er een laatste aanbeveling voor onderzoek. De vraagstelling van dit onderzoek spitst zich toe op de vraag of patienten die behandeld worden met het hier beschreven behandelingsmodel, meer baat zullen hebben bij de behandeling, dan wanneer patienten met de hiervóór beschreven aanpak behandeld worden. Vanzelfsprekend verdient het de voorkeur het gewijzigde theoretische model hiervoor te gebruiken. Dit zal echter pas kunnen gebeuren als na toetsing een hoger correct toewijzingspercentage vastgesteld is; met andere woorden: indien gebleken is dat het gemodificeerde model beter voldoet.

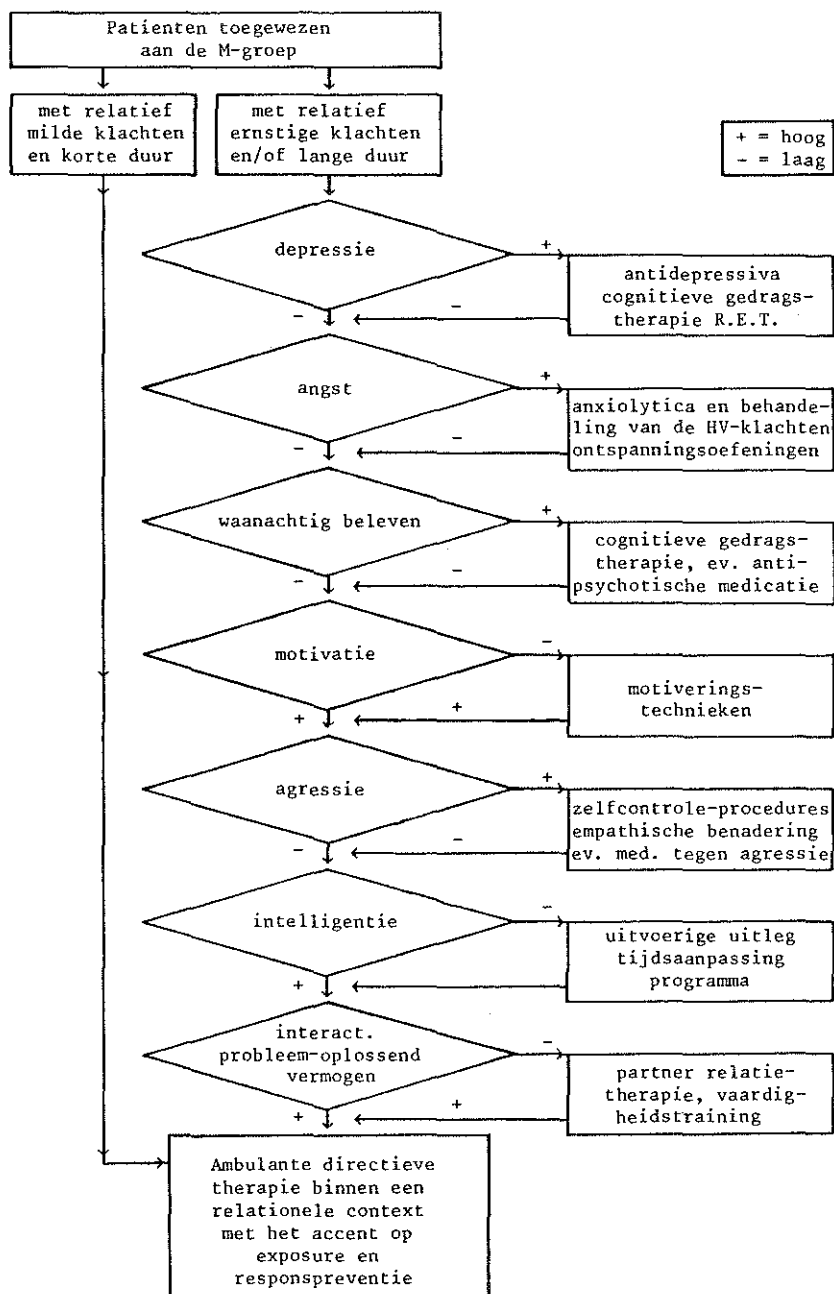


Fig. 44: Behandelingsmodel voor patienten die aan de M-groep worden toegewezen.

SAMENVATTING

Het stellen van de diagnose levert bij een dwangneurose met dwanggedachten, angsten, spanningen en dwanghandelingen niet veel problemen op. Toch bestaan er verschillende opvattingen over wat wel en wat niet als dwangneurose beschouwd moet worden.

In hoofdstuk 1 worden de definiëring en de diagnostische criteria gegeven zoals die vermeld worden in D.S.M.-III. Er wordt speciale aandacht besteed aan beschrijvingen van de symptomatologie, m.n. aan de onderlinge afhankelijkheid van dwanghandelingen en dwanggedachten. Vervolgens wordt de problematiek besproken van de differentiaal diagnose. Ook wordt er aandacht geschonken aan het onderscheid tussen dwang- en drangverschijnselen.

In hoofdstuk 2 worden eerst de principes van de directieve therapie besproken. Vervolgens wordt de gedragstherapeutische benadering van dwangverschijnselen met behulp van exposure en responspreventie beschreven. De betekenis die zelfcontrole-procedures hierbij kunnen hebben, wordt genoemd, waarna een voorstel tot ambulante behandeling volgt. Deze behandeling bestaat uit een directieve therapie binnen een relationele context, waarbij het accent ligt op exposure en responspreventie. Deze behandeling wordt ambulant gedaan en de diverse programma's worden door de patiënt zonder toezicht van een therapeut of co-therapeut uitgevoerd.

In hoofdstuk 3 worden voorbeelden gegeven van de behandelingen waarbij zelfcontrole centraal staat, alsook van behandelingen waarbij het accent op de interactie met de partner ligt. De bijzondere problemen bij de behandeling van dwanggedachten, huishoudwang en dwangverschijnselen bij kinderen worden besproken. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een bespreking van de complicaties die bij de behandeling kunnen optreden.

In hoofdstuk 4 worden naar aanleiding van de vraag: "Waarin verschillen de patienten die wel baat hebben bij de behandeling van de patienten die niet verbeteren?" relevante onderzoeksgegevens vermeld. Deze onderscheiden zich in demografische en psychologische variabelen en variabelen met betrekking tot de therapeutische relatie. Dit onderdeel wordt gevolgd door een verslag van de behandeling van 25 patienten met een dwangneurose.

Het hoofdstuk wordt afgesloten met een opsomming van de factoren die van belang zijn voor de differentiatie van mislukking en succes. Dit zijn de demografische variabelen (leeftijd bij begin van de klachten en leeftijd bij het begin van de behandeling), psychologische variabelen (depressie, angst, waanachtig beleven van de inhoud van de dwanggedachten, agressie, motivatie, intelligentie en relatieproblematiek) en tot slot de therapeutische relatievariabelen. In hoofdstuk 5 worden vraagstelling en hypothesen geformuleerd.

De eerste hypothese luidt dat patienten met dwangverschijnselen die profiteren van de behandeling, veranderingen te zien zullen geven in klachtenpatroon en gedrag; de hoeveelheid dwangmatig gedrag, maar ook angst en depressiviteit zullen verminderen.

De tweede hypothese heeft betrekking op de vraag: "Welke factoren leiden ertoe dat sommige patienten wel en andere niet van de behandeling profiteren?" en luidt: "De patienten die niet met succes behandeld worden, zijn te onderscheiden van de patienten die wel baat hebben bij de behandeling". Wanneer er verschillen gevonden worden, zal onderzocht worden in hoeverre deze variabelen van betekenis zijn voor het uiteindelijke resultaat. Aldus spitst de vraagstelling zich toe op het probleem of met deze variabelen in enige mate voorspeld kan worden of een bepaalde patient wel of niet baat zal hebben bij de behandeling.

Vervolgens wordt de methode van het onderzoek beschreven: selectiecriteria, meetinstrumenten en procedure. Hoofdstuk 5 wordt besloten met een schematische weergave van de bij het onderzoek toegepaste procedure.

In hoofdstuk 6 worden de algemene resultaten weergegeven. Er werden 62 patienten met de diagnose 'dwangneurose' aangemeld, waarvan er 60 bij het onderzoek betrokken werden. Van deze patienten hadden 12 patienten alleen dwanggedachten, geen dwanghandelingen. De samenstelling van de groep met betrekking tot ernst en duur van de klachten komt overeen met de patienten waarover andere onderzoekers hebben gerapporteerd.

In hoofdstuk 7 wordt een overzicht gegeven van de veranderingen zoals die vastgesteld werden bij de voormeting en nameting. Als maat voor succes (na 10 zittingen) wordt een verbetering van $>30\%$ van de belangrijkste dwangverschijnselen genomen. Er bleken 13 patienten $\leq 30\%$ te verbeteren; 47 patienten verbeterden meer dan 30% .

Een onderzoek naar verschillen met betrekking tot de psychologische variabelen tussen drop-outs en de patienten die geen baat hadden, liet geen verschillen zien. De patienten uit de S-groep (met succes behandelde patienten) verbeterden significant met betrekking tot depressiviteit, angst en dwangmatig gedrag. Bij patienten uit de M-groep was dit niet het geval.

In hoofdstuk 8 worden de verschillen en overeenkomsten tussen de M-groep en de S-groep besproken. Geslacht, burgerlijke staat en opleidingsniveau van de patienten uit de M-groep verschilden niet van die van de S-groep. Er bleek een opmerkelijke relatie tussen ernst en duur van de klachten enerzijds en resultaat anderzijds. Patienten met een relatief licht dwangmatig gedrag en een relatief korte duur van de klachten blijken een zeer grote kans te hebben op een succesvolle behandeling. De patienten uit de M-groep bleken meer eerdere poliklinische behandelingen achter de rug te hebben en relatief vaker klinisch behandeld te zijn.

In hoofdstuk 9 wordt de voorspelbaarheid van het effect onderzocht, eerst op de variabelen afzonderlijk, vervolgens op de variabelen gezamenlijk. De psychologische variabelen depressie, angst, waanachtig beleven van de inhoud van de dwanggedachten, agressie, intelligentie en inactioneel probleemoplossend vermogen discrimineerden de patienten uit de M-groep en die uit de S-groep niet. De motivatie bleek dit wel te doen. De therapeutische relatie bleek bij patienten uit de M-groep aanmerkelijk ongunstiger gewaardeerd te worden dan bij patienten uit de S-groep. Het tweede deel van dit hoofdstuk bestaat uit een onderzoek naar de betekenis van de zeven psychologische variabelen gezamenlijk. Daartoe werden met behulp van de discriminantanalyse de achterafwaarschijnlijkheden om tot de M-groep, resp. de S-groep te behoren, bepaald. Vervolgens werd van de patienten die niet goed geclassificeerd werden (20%) met behulp van demografische gegevens, gegevens over de dwang, ernstige stresserende gebeurtenissen en de therapeutische relatie-variabelen gezocht naar verklaringen voor de incorrecte classificatie. Bij twee patienten waren stresserende gebeurtenissen van betekenis; bij drie patienten kon geen enkele verklaring gevonden worden; bij zeven patienten leek de therapeutische relatie van doorslaggevende betekenis. Ook was de ernst en duur van de klachten bij patienten die ondanks een toewijzing aan de M-groep baat hadden bij de behandeling, waarschijnlijk van betekenis.

In hoofdstuk 10 worden de vraagstellingen beantwoord. De hier beschreven behandelingsstrategie heeft significante verbeteringen tot gevolg met betrekking tot depressie, angst en dwangmatig gedrag. Met behulp van de psychologische variabelen volgens het stapsgewijze gepostuleerde model blijkt 80% van de patienten correct te classifiëren, dat wil zeggen: te onderscheiden naar mislukking of succes. De analyse van de incorrect toegewezen patienten maakt bijstelling van het model noodzakelijk. Nadat enige aanbevelingen voor vervolgonderzoek gepresenteerd zijn, wordt hoofdstuk 10 afgesloten met een beschouwing over de consequenties die de resultaten van dit onderzoek hebben voor de behandeling. Met behulp van metingen van de eerdergenoemde zeven psychologische variabelen bestaat de mogelijkheid om patienten die een reële kans hebben geen baat te zullen vinden bij de behandeling, op te sporen. Voor deze patienten wordt een gemodificeerde behandelingsstrategie voorgesteld.

SUMMARY

Although the diagnosis of obsessive-compulsive neurosis attended obsessional thoughts, anxiety, tension and compulsive actions does not present too many difficulties, views do differ as to what exactly constitutes such a neurosis.

The definitions and diagnostic criteria in Chapter 1 are those given in D.S.M.-III. Particular attention is given to the symptomatology with emphasis on the interdependence of compulsive actions and obsessional thought. This is followed by an examination of the problems of difference between compulsions and impulses.

Chapter 2 begins with a discussion of the principles of directive therapy. This is followed by a description of the behavioural approach to the treatment of obsessive-compulsive disorders, using exposure and response prevention. The significance of self-control procedures in this form of treatment is stated, followed by a suggestion for outpatient treatment. This consists of directive therapy within an interpersonal context, with the accent on exposure and response prevention. The patient is treated as an outpatient and various programmes are carried out by the patient without the supervision of a therapist or co-therapist. Examples of the treatment in practice are then given, such as treatment with the accent on self-control, or the interactional approach. The particular problems of the treatment of compulsive thoughts, cleaning compulsions and compulsions in children are discussed.

Chapter 3 concludes with a paragraph which describes the possible complications which can arise during treatment.

In Chapter 4 relevant research information will be given in relation to the question: "In what ways do patients who benefit from treatment differ from those who do not?" These differ with regard to demographic and psychological variables and also with regard to therapist relations. This section is followed by a report on the treatment of 25 patients with an obsessive-compulsive neurosis who were treated by means of the therapy mentioned above. The chapter closes with a summary of the factors which contribute to the success or failure of treatment. The following are the demographic variables: age at the onset of the complaint and at the start of treatment. The psychological

variables are: depression, anxiety, delusional experience of the obsessions, aggression, motivation, intelligence and relational problems. Finally there is the therapist variable.

This research has a dual hypothesis. The first is that obsessive-compulsive patients who benefit from treatment manifest changes in the complaint pattern and in behaviour. The amount of compulsive behaviour diminishes, as do the anxiety and depression. The second hypothesis arises from the question: "What are the factors that determine the success or failure of treatment?" and if that is possible to distinguish patients who can be successfully treated from those who cannot. Whenever differences are found, the extend to which these variables effect the final result is investigated. Thus the question centres around whether or not these variables can in some measure predict the outcome of treatment for a particular patient. The research method will then be described: selection criteria, instruments of measurement and procedure. Chapter 5 closes with a systematic presentation of the procedure used in the research. The results of the research are given in Chapter 6. Sixty out of sixty-two patients diagnosed as obsessive-compulsive on referral, were included in the research-project. Of these, twelve experienced obsessional thoughts unaccompanied by compulsive actions. The composition of the group, as far as severity and duration of the symptoms were concerned, corresponded with that of other research-projects in this field.

In Chapter 7 an overview is given of the changes recorded by pre- and post-treatment measurement. A $>30\%$ improvement (after 10 sessions) in the major phenomena was taken as a measurement of success. Thirteen patients appeared to show a $\leq 30\%$ improvement; forty-seven showed a more than 30% improvement.

An investigation of the differences in psychological variables between patients who dropped out and patients who failed to benefit from treatment, showed no differences. Patients in the S-group (successfully treated patients) improved significantly with regard to depression, anxiety and compulsive behaviour. Patients in the F-group, on the other hand, did not.

In Chapter 8 the differences and similarities between the F-group and the S-group are discussed. The sex, marital status and educational level of patients in the F-group did not differ from that of patients

in the S-group. There appeared to be a remarkable relationship between severity and duration of symptoms on the one side and results on the other. Patients with relatively mild compulsive behaviour and relatively short duration of symptoms appeared to have a far greater chance on a successful treatment; the patients in the F-group have had more previous outpatient treatment and have had relatively more frequent clinical treatment.

In Chapter 9 the predictability of the effect is investigated. The variables are first dealt with separately, then together. The psychological variables depression, anxiety, delusional experience of the obsessions, aggression, intelligence and the ability to solve interactional problems did not distinguish patients in the F-group from those in the S-group. Motivation, however, appeared so to do. Their relationship with the therapist appeared to be regarded considerably more unfavourably by patients in the F-group than by those in the S-group.

The second part of this chapter consists of an investigation of the significance of the seven psychological variables taken collectively. For the purposes of this, the probabilities of both the F-group and the S-group were determined retrospectively, using discriminant-analysis. Subsequently, in the patients (20%) who had been incorrectly classified using demographic information, information of the compulsion, extremely stressful life events and the therapist variable was investigated in order to explain the incorrect classification. In two of the patients stressful life events were of significance, in three patients no explanation could be found and in seven patients the therapist variable seemed to be of decisive significance. Severity and duration of symptoms also seemed to be of significance in patients who benefitted from treatment despite being assigned to the F-group.

In Chapter 10 the questions are answered. The treatment strategies described here result in significant improvement with regard to depression, anxiety and compulsive behaviour. Using the psychological variables according to the various stages of the postulated model appears to provide correct classifications of 80% of patients, i.e. to indicate success or failure.

Analysis of incorrect patient assignment to groups would seem to indicate the necessity to modify the model. After some recommendations

for further research chapter 10 concludes with observations on how the results of this research may effect treatment. By measuring the seven psychological variables mentioned above, it is possible to determine the patients who have no chance of benefitting from treatment. A modified treatment strategy is proposed for these patients.

LITERATUUR

Adams, P.L. (1972), Family Characteristics of Obsessive Children.
Am. J. of Psychiatry 128 (11), 1414 - 1417.

Akhtar, S., N.N. Wig, V.K. Varma, D. Pershad & S.K. Verma (1975),
A Phenomenological Analysis of Symptoms in Obsessive-Compulsive Neurosis.
Brit. J. Psychiat. 127, 342 - 348.

American Psychiatric Association (1980), Diagnostic and Statistical
Manual of Mental Disorders. Third Edition. A.P.A., Washington.

Asperger, H. (1965), Heilpädagogik. 4e Editie. Springer, Wenen.

Barker, P. (1971), Basic Child Psychiatry. Trinity Press, London.

Beech, H.R. & M. Vaughan (1978), Behavioural Treatment of Obsessional
States. Wiley, Chichester.

Bender, L. & P. Schilder (1940), Impulsions. Arch. Neurol. Psychiat.
44, 990 - 1008.

Beneke, W.M. & M.B. Harris (1972), Teaching Self-control of Study
Behaviour. Behav. Res. & Ther. 10, 35 - 41.

Black, A. (1974), The Natural History of Obsessional Neurosis.
In: H.R. Beech, Obsessional States. Methuen, London.

Boersma, K., S. den Hengst, J. Dekker & P.M.G. Emmelkamp (1976),
Exposure and Response Prevention in the Natural Environment: a
Comparison with Obsessive-Compulsive Patients. Behav. Res. & Ther.
14, 19 - 24.

Boulougouris, J.C. (1977), Variables Affecting the Behaviour Modification
of Obsessive-Compulsive Patients Treated by Flooding.
In: J.C. Boulougouris & A.D. Rabavilas, The Treatment of Phobic and
Obsessive-Compulsive Disorders. Pergamon, New York.

Carp, E.A.D.E. (1939), De Neurosen. Scheltema & Holkema, Amsterdam.

Carr, A.T. (1974), Compulsive Neurosis: a Review of the Literature. Psychological Bulletin 81 (5), 311 - 318

Cobb, J. (1977), Drugs in Treatment of Obsessional and Phobic Disorders with Behavioral Therapy - Possible Synergism -.

In: J.C. Boulougouris & A.D. Rabavilas, The Treatment of Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders. Pergamon, New York.

Cooper, J. (1970), The Leyton Obsessional Inventory. Psychological Medicine 1, 48 - 64.

Cooper, J. & M. Kelleher (1973), The Leyton Obsessional Inventory: a Principal Analysis on Normal Subjects. Psychological Medicine 3, 204 - 208.

Despert, J. (1955), Differential Diagnosis between Obsessive-Compulsive Neurosis and Schizophrenia in Children.

In: T.H. Hoch & J. Zubin, Psychopathology of Childhood. Grune & Stratton, New York.

Dowson, J.H. (1977), The Phenomenology of Severe Obsessive-Compulsive Neurosis. Brit. J. Psychiat. 131, 75 - 78.

Duivenvoorden, H.J. (1982), Motivatie voor Psychotherapie. Swets & Zeitlinger, Lisse.

Duivenvoorden, H.J. (1984), Persoonlijke communicatie.

Dyck, R. Van, O. van der Hart, K. van der Velden & D.N. Oudshoorn (1980a), Wat is directieve therapie? (2).

In: K. van der Velden, Directieve Therapie 2. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Dyck, R. Van, A. Lange & K. van der Velden (1980b), Mislukte directieve behandelingen.

In: K. van der Velden, Directieve Therapie 2. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Dijkstra, P. (1974), De Zelfbeoordelingsschaal voor Depressie van Zung.

In: H.M. van Praag & H.G.M. Rooymans, Stemming en Ontstemming. Bohn, Amsterdam.

D'zurilla, T.J. & M.R. Goldfried (1971), Problem Solving and Behaviour Modification. J. Abnorm. Psychol. 78 (1), 107 - 126.

Emmelkamp, P.M.G. (1982a), Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders. Plenum Press, New York.

Emmelkamp, P.M.G. (1982b), Recent Developments in the Behavioural Treatment of Obsessive-Compulsive Disorders.

In: J.C. Boulougouris, Learning Theory Approaches to Psychiatry. Wiley, New York.

Emmelkamp, P.M.G. & P. Giesselbach (1981), Treatment of Obsessions: Relevant versus Irrelevant Exposure. Behavioral Psychotherapy 9, 322 - 329.

Emmelkamp, P.M.G., M. van der Helm, B.L. van Zanten & I. Plochg (1980), Treatment of Obsessive-Compulsive Patients: the Contribution of Self-instructional Training to the Effectiveness of Exposure. Behav. Res. & Ther. 18, 61 - 66.

Emmelkamp, P.M.G. & H. van der Heyden (1980), Treatment of Harming Obsessions. Behavioural Analysis and Modification 4, 28 - 35.

Emmelkamp, P.M.G., R.J. Hoekstra & S. Visser (1983), The Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder, Prediction of Outcome at 3.5 Years Follow-up.

In: H. Brenner, Psychiatry, Current States. Plenum, New York.

Emmelkamp, P.M.G. & A. van der Hout (1983), Failure in Treating Agoraphobia.

In: E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp, Failures in Behaviour Therapy. Wiley, New York.

Emmelkamp, P.M.G. & J. Kraanen (1977), Therapist-controlled Exposure in Vivo versus Self-controlled Exposure in Vivo: a Comparison with Obsessive-Compulsive Patients. Behav. Res. & Ther. 15, 491 - 495.

Emmelkamp, P.M.G. & K.G. Kwee (1977), Obsessional Ruminations: a Comparison between Thought Stopping and Prolonged Exposure in Imagination. Behav. Res. & Ther. 15, 441 - 444.

Emmelkamp, P.M.G. & D.M. Rabbie (1981), Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: a Follow-up Four Years after Treatment. In: E. Perris, G. Struwe & B. Jansson, Biological Psychiatry. Elsevier, Amsterdam.

Eysenk, H.J. & S. Rachman (1965), The Causes and Cures of Neurosis.
Routledge & Kegan Paul, London.

Ferster, C.B., J.J. Nurnberger & E.E. Levitt (1973), The Control of Eating.

In: M.R. Goldfried & M. Merbaum, Behaviour Change Through Self-control.
Holt, Rinehart & Winston, New York.

Fleiss, J.L. (1979), Confidence Intervals for the Odds-ratio in Case-control Studies: the State of the Art. J. Chron. Dis. 32, 69 - 77.

Foa, E.B. (1979), Failure in Treating Obsessive-Compulsives. Behav. Res. & Ther. 17, 169 - 176.

Foa, E.B. (1982), Persoonlijke communicatie.

Foa, E.B. & A. Goldstein (1978), Continuous Exposure and Complex Response Prevention in the Treatment of Obsessive-Compulsive Neurosis. Behavior Ther. 9, 821 - 829.

Foa, E.B., J.B. Grayson & G.S. Steketee (1982), Depression, Habituation and Treatment Outcome in Obsessive-Compulsives.

In: J.C. Boulougouris, Learning Theory Approaches to Psychiatry. Wiley, New York.

Foa, E.B., J.B. Grayson, G.S. Steketee, H.G. Doppelt, R.M. Turner & P.R. Latimer (1983a), Success and Failure in the Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsives. J. of Consulting and Clinical Psychol. 51, 287 - 297.

Foa, E.B. & G.S. Steketee (1979), Obsessive-Compulsives: Conceptual Issues and Treatment Interventions.

In: M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller, Progress in Behaviour Modification. Academic Press, London

Foa, E.B., G.S. Steketee, J.B. Grayson & H.G. Doppelt (1983b), Treatment of Obsessive-Compulsives: When do we fail?

In: E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp, Failures in Behavior Therapy. Wiley, New York.

Foa, E.B. & A. Tillmanns (1980), The Treatment of Obsessive-Compulsive Neurosis.

In: A. Goldstein & E.B. Foa, Handbook of Behavioral Interventions.
Wiley, New York.

Frankl, V.E. (1975), Theorie und Therapie der Neurosen. Reinhardt,
München.

Gittleson, N.L. (1966a), The Effect of Obsessions on Depressive
Psychosis. Brit. J. Psychiat. 112, 253 - 259.

Gittleson, N.L. (1966b), The Phenomenology of Obsessions in Depressive
Psychosis. Brit. J. Psychiat. 112, 261 - 264.

Gittleson, N.L. (1966c), The Fate of Obsessions in Depressive Psychosis.
Brit. J. Psychiat. 112, 705 - 708.

Gittleson, N.L. (1966d), Depressive Psychosis in the Obsessional Neurotic.
Brit. J. Psychiat. 112, 883 - 887.

Goldfried, M.R. & M. Merbaum (1973), Behaviour Change through Self-control.
Holt, Rinehart & Winston, New York.

Goodwin, D.W., S.B. Guze & E. Robins (1969), Follow-up Studies in
Obsessional Neurosis. Arch. Gen. Psychiat. 20, 182 - 187.

Haan, E. de (1984), De lotgevallen van Anna. Kwart. Dir. Ther. & Pypn.
4 (1), 69 - 74.

Haaijman, W.P. (1977), Dwang, therapeutische ervaringen bij 25 patienten.
Krips Repro, Meppel.

Haaijman, W.P. (1981), Soorten dwang: een niet dwangmatige indeling.
GEDRAGSTHERAPEUTISCH Bulletin 14 (1), 5 - 16.

Habbema, J.D.F., J. Hilden & B. Bjerregaard (1978), The Measurement of
Performance in Probabilistic Diagnosis I. The Problem Descriptive Tools
and Measures Based on Classification Matrices. Meth. Inform. Med. 17,
217 - 226.

Haley, J. (1963), Strategies on Psychotherapy. Grune & Stratton, New York.

Haley, J. (1977), Problem Solving Therapy. Jossey Bass, San Francisco.

Haley, J. & L. Hoffman (1967), Techniques of Family Therapy. Basic Books, New York.

Hand, J., B. Spoehring & E. Stanik (1977), Treatment of Obsessions, Compulsions and Phobias as Hidden Couple-counseling.

In: J.C. Boulougouris & A.D. Rabavilas, The Treatment of Phobic and Obsessive Disorders. Pergamon, New York.

Harris, M.B. & B. Hallbauer (1973), Self-directed Weight Control through Eating and Exercise. Behav. Res. & Ther. 11, 523 - 527.

Hart, O. van der (1980), Kortdurende hypnotherapie voor dwangmatig roken. In: K. van der Velden, Directieve Therapie 2. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Hersov, L. (1977), Emotional Disorders.

In: M. Rutter & L. Hersov, Child Psychiatry. Blackwell, New York.

Hilden, J., J.D.F. Habbema & B. Bjerregaard (1978a), The Measurement of Performance in Probabilistic Diagnosis II. Trustworthiness of Excess Values of the Diagnostic Probabilities. Meth. Inform. Med. 17, 227 - 237.

Hilden, J., J.D.F. Habbema & B. Bjerregaard (1978b), The Measurement of Performance in Probabilistic Diagnosis III. Methods Based on Continuous Functions of the Diagnostic Probabilities. Meth. Inform. Med. 17, 238 - 246.

Hilford, N.C. (1975), Self-initiated Behavior Change by Depressed Women Following Verbal Behavior Therapy. Behav. Ther. 6, 703 - 709

Hoevenaars, J.P.G.M. & M.J.M. van Son (1984), Drie Nederlandstalige zelfrapportage-lijsten in de diagnostiek van depressie. Gedragstherapie 7 (3), 225 - 241.

Holmes, T.H. & R.H. Rahe (1967), The Social Readjustment Rating Scale. J. Psychosom. Res. 11, 213 - 218.

Holz, W.C., N.H. Azrin & T. Ayllon (1963), Elimination of Behavior of Mental Patients by Response-produced Extinction. J. of the Experimental Analysis of Behav. 6, 407 - 412.

Hoogduin, C.A.L. (1980), Behandeling met behulp van zelfcontrole-procedures.

In: K. van der Velden, Directieve Therapie 2. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Hoogduin, C.A.L. (1981a), Zelfcontrole en Dwang. Kwart. Dir. Ther. & Hypn. 1 (1), 41 - 56.

Hoogduin, C.A.L. (1981b), Over de behandeling van cliënten met dwang-gedachten. Kwart. Dir. Ther. & Hypn. 1 (2), 124 - 134.

Hoogduin, C.A.L. (1982), Complicaties bij de directieve behandeling van dwangverschijnselen. Kwart. Dir. Ther. & Hypn. 2 (2), 46 - 62.

Hoogduin, C.A.L. & E. de Haan (1979), De ambulante behandeling van ernstig psychiatrische patienten. Maandbl. Geest. Volksgez. 11, 752 - 763.

Hoogduin, C.A.L. & E. de Haan (1981), De interactionele behandeling van kinderen met dwangverschijnselen. Tijdschr. Psychother. 3, 164 - 170.

Hoogduin, C.A.L., E. de Haan, W.A. Hoogduin, S.H. Hartman-Faber & R. Markveldt (1981), Over de behandeling van huishoudwang: toepassing van zelfcontrole-procedures in een relationele context. Kwart. Dir. Ther. & Hypn. 1 (3), 258 - 269.

Hoogduin, C.A.L., O. van der Hart, R. Van Dyck, L.J. Joele & K. van der Velden (1977), De interactionele behandeling van dwangmatig controleren. In: K. van der Velden, Directieve Therapie 1. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Hoogduin, C.A.L. & W.A. Hoogduin (1983), De behandeling van overmatig dag-dromen bij een man met een contactstoornis. Kwart. Dir. Ther. & Hypn. 3 (2), 177 - 184.

Hoogduin, C.A.L. & W.A. Hoogduin (1984), The Out-patient Treatment of Patients with an Obsessive-Compulsive Disorder. Behav. Res. & Ther. 22 (4), 455 - 459.

Hoogduin, C.A.L. & L.J. Joele (1977), Werkhervatting.

In: K. van der Velden, Directieve Therapie 1. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Hoogduin, C.A.L. & M. Troost (1984), Pathologische jaloezie. Kwart. Dir. Ther. & Hypn. 4 (3), 254 - 261.

Horan, J.J., A.M. Hoffman & M. Mairi (1974), Self-control of Chronic Fingernail Biting. J. Behav. & Exp. Psychiat. 5, 307 - 309.

Ingram, I.M. (1961), Obsessional Illness in Mental Hospital Patients. J. Ment. Science 107, 382 - 402.

Jelgersma, G. (1911), Leerboek der Psychiatrie, deel I. Scheltema & Holkema, Amsterdam.

Jongerius, J.A.C. (1984), Decompensatie. Academisch proefschrift. Huisartsenpers, Utrecht.

Judd, L.L. (1965), Obsessive-Compulsive Neurosis in Children. Arch. Gen. Psychiat. 12, 136 - 143.

Kanfer, F.H. (1975), Self-management Methods.

In: F.M. Kanfer & A.P. Goldstein, Helping People Change. Pergamon, New York.

Kanfer, F.M. & J.S. Philips (1970), Learning Foundation of Behaviour Theory. Wiley, New York.

Kanner, L. (1966), Child Psychiatry. Thomas, Springfield.

Kirk, J.W. (1983), Behavioural Treatment of Obsessional-Compulsive Patients in Routine Clinical Practice. Behav. Res. & Ther. 21 (1), 57 - 62.

Kraaimaat, F.W. & C.M.J. van Dam-Baggen (1976), Ontwikkeling van een zelfbeoordelingslijst voor obsessief-compulsief gedrag. Ned. Tijdschr. Psycholog. 31, 201 - 211.

Kraepelin, E. (1896), Psychiatrie. Barth, Leipzig

Kraft, T. (1970), Treatment of Compulsive Shoplifting by Altering Social Contingencies. Behav. Res. & Ther. 8, 393 - 394.

Kringlen, E. (1965), Obsessional Neurotics: a Long-term Follow-up. Brit. J. Psychiat. 111, 709 - 722.

Kuiper, P.C. (1963), Dwangneurosen.

In: J.J.S. Prick & H.G. van der Waals, Nederlands Handboek der Psychiatrie. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Kuiper, P.C. (1984), Nieuwe neurosenleer. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Kwee, M.G.T. (1984), Klinische multimodale gedragstherapie. Swets & Zeitlinger, Lisse.

- Lange, A. (1984), Interactionele Probleemoplossings Vragenlijst, I.P.O.V.
Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Lange, A. & O. van der Hart (1979), Gedragsverandering in gezinnen.
4e gewijzigde druk. Wolters-Noordhoff, Groningen.
- Lewis, A. (1935), Problems of Obsessional Illness. Proc. Royal Soc. Med.
XXIX, 325 - 336.
- Lietaeer, J. (1976), Nederlandstalige revisie van Barrett Lennards
Relationship Inventory voor individueel therapeutische relaties.
Psychol. Belg. XVI (1), 73 - 94.
- Lo, W.H. (1967), A Follow-up Study of Obsessional Neurotics in Hong-Kong
Chinese. Brit. J. Psychiat. 119, 823 - 832.
- Luborsky, L., M. Chandler, A.M. Auerbach, J. Cohen & H.M. Bachrach (1971),
Factors Influencing the Outcome of Psychotherapy. Psychol. Bulletin 75,
145 - 185.
- Luborsky, L., B. Singer & L. Luborsky (1975), Comparative Studies of
Psychotherapies. Arch. Gen. Psychiat. 32, 995 - 1008.
- Luteyn, F. & F.A.E. van der Ploeg (1983), G.I.T., Groninger Intelligentie
Test. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Mahoney, M. (1971), The Self-management of Covert Behavior: a Case Study.
Behav. Ther. 2, 575 - 578.
- Mahoney, M. (1974), Self-reward and Self-monitoring Techniques for Weight
Control. Behav. Res. & Ther. 5, 48 - 57.
- Marks, I.M. (1973), New Approaches to the Treatment of Obsessive-
Compulsive Disorders. J. of Nervous and Mental Dis. 156, 421 - 426.
- Marks, I.M., R. Hodgson & S. Rachman (1975), Treatment of Chronic
Obsessive-Compulsive Neurosis by In-vivo Exposure. A Two Year Follow-up
and Issues in Treatment. Brit. J. Psychiat. 127, 349 - 364.
- Marks, I.M., R.S. Stern, D. Mawson, J. Cobb & R. McDonald (1980),
Clomipramine and Exposure for Obsessive-Compulsive Rituals. Brit. J.
Psychiat. 136, 1 - 25.

Meltzhoff, J. & M. Kornreich (1970), Research in Psychotherapy.
Atherton, New York.

Meyer, R.J. (1973), Delay Therapy: Two Case Reports. Behav. Res. & Ther.
4, 709 - 711.

Meyer, V. (1966), Modification of Expectations in Cases with Obsessional
Rituals. Behav. Res. & Ther. 4, 273 - 280.

Meyer, V., R. Levy & A. Schnurer (1974), The Behavioural Treatment of
Obsessive-Compulsive Disorders.

In: H.R. Beech, Obsessional States. Methuen, London.

Minuchin, S. (1973), Gezinstherapie. Spectrum, Utrecht.

Montgomery, M.A., P.J. Clayton & A.F. Friedhoff (1982), Psychiatric
Illness in Tourette Syndrome; Patients and First Degree Relatives.

In: A.F. Friedhoff & F.N. Chase, Gilles de la Tourette Syndrome;
Advances in Neurology. Vol. 35. Raven, New York.

Moor, W. de & J.W.G. Orlemans (1972), Inleiding tot de gedragstherapie.
Van Loghum Slaterus, Deventer.

Mussen, P.M., J.J. Conger & J. Kagan (1969), Child Development and
Personality. Harper & Row, New York.

Nagara, H. (1983), Obsessional Neuroses Developmental Psychopathology.
Aronson, New York.

Nelson, R.O. (1977), Assessment and Therapeutic Functions of Self-
monitoring.

In: M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller, Progress in Behavior Modi-
fication. Vol. 5. Academic Press, New York.

Ottens, A.J. (1981), Multifaceted Treatment of Compulsive Hairpulling.
J. Behav. Ther. Exp. Psychiat. 12 (1), 77 - 80.

Oudshoorn, D.N. (1980), De behandeling van kinderen en pubers met tics
en dwangverschijnselen.

In: K. van der Velden, Directieve Therapie 2. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Parkinson, L. & S. Rachman (1981), Intrusive Thoughts: the Effects of an Uncontrived Stress. Adv. Behav. Res. & Ther. 3, 111 - 118.

Ploeg, H.M. van der (1981), Zelfbeoordelingsvragenlijst Handleiding, Addendum. Swets & Zeitlinger, Lisse.

Ploeg, H.M. van der, P.B. Defares & C.D. Spielberger (1980), Handleiding bij de Zelfbeoordelingsvragenlijst Z.B.V. Swets & Zeitlinger, Lisse.

Ploeg, H.M. van der, P.B. Defares & C.D. Spielberger (1982), Handleiding bij de Zelf-Analyse Vragenlijst Z.A.V. Swets & Zeitlinger, Lisse.

Pollitt, J. (1957), Natural History of Obsessional States (a Study of 150 Cases). Brit. Medical J. 1, 194 - 198.

Rabavilas, A.W., J.C. Boulougouris & C. Perissaki (1979), Therapist Qualities Related to Outcome with Exposure in Vivo in Neurotic Patients. J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat. 10, 293 - 294.

Rabkin, R. (1977), Strategic Psychotherapy. Basic Books, New York.

Rachman, S. (1971), Obsessional Ruminations. Behav. Res. & Ther. 9, 229 - 235.

Rachman, S. (1973), Some Similarities and Differences between Obsessional Ruminations and Morbid Preoccupations. Can. Psychiat. Ass. J. 18, 71 - 74.

Rachman, S. (1974), Primary Obsessional Slowness. Behav. Res. & Ther. 12, 9 - 18.

Rachman, S. (1976a), Obsessional-Compulsive Checking. Behav. Res. & Ther. 14, 269 - 277.

Rachman, S. (1976b), The Modification of Obsessions: a New Formulation. Behav. Res. & Ther. 14, 437 - 443.

Rachman, S. (1983), Obstacles to the Successful Treatment of Obsessions. In: E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp, Failures in Behavior Therapy. Wiley, New York.

Rachman, S. & R.J. Hodgson (1980), Obsessions and Compulsions. Prentice Hall, New Jersey.

Rachman, S., I.M. Marks & R.J. Hodgson (1973), The Treatment of Obsessive-Compulsive Neurotics by Modelling and Flooding in Vivo. Behav. Res. & Ther. 11, 463 - 471.

Rachman, S. & P. de Silva (1978), Abnormal and Normal Obsessions. Behav. Res. & Ther. 16, 233 - 248.

Rack, P.H. (1973), Clomipramine in the Treatment of Obsessional States with Special Reference to the Leyton Obsessional Inventory. Int. Med. Res. 1, 397 - 402.

Rado, S. (19..), Obsessive Behavior.

In: S. Arieti, American Handbook of Psychiatry. Vol. 3. Basic Books, New York.

Ree, F. van (1982), Beknopte Handleiding bij de diagnostische criteria van de D.S.M.-III. Swets & Zeitlinger, Lisse.

Roper, G. (1977), The Role of the Patient in Modelling/Flooding Treatment. In: J.C. Boulougouris & A.D. Rabavilas, The Treatment of Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders. Pergamon, New York.

Roper, G., S. Rachman & R.J. Hodgson (1973), An Experiment on Obsessional Checking. Behav. Res. & Ther. 11, 271 - 277.

Rosenberg, C.M. (1968), Complications of Obsessional Neurosis. Brit. J. Psychiat. 114, 477 - 478.

Rosenthal, A.J. & S.V. Levine (1970), Brief Psychotherapy with Children; Process of Therapy.

In: H.H. Barten & S.S. Barten, Children and Their Parents in Brief Therapy. Human Science Press, New York.

Rudder, M., M. Gilmore & A. Frances (1982), Delusions when to Confront the Facts of Life. Am. J. Psychiat. 139 (7), 929 - 932.

Spielberger, C.D. (1980), Preliminary Manual for the State-Trait Personality Inventory (S.T.P.I.). Ongepubliceerd Manuscript. University of South Florida, Tampa, U.S.A.

Spielberger, C.D., R.L. Gorsuch & R.E. Lushene (1970), STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press, Palo Alto.

Stern, R. (1977), Behavioral Research into Obsessive Neurosis. In: J.C. Boulougouris & A.D. Rabavilas, The Treatment of Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders. Pergamon, New York.

Stern, R. & J. Cobb (1978), Phenomenology of Obsessive-Compulsive Neurosis. Brit. J. Psychiat. 132, 233 - 239.

Thoresen, C.E. & M.J. Mahoney (1974), Behavioral Self-control. Holt, Rinehart & Winston, New York.

Thorner, H.A. (1970), On Compulsive Eating. J. Psychosom. Res. 14, 321 - 325.

Tramer, M. (1945), Lehrbuch der Allgemeine Kinderpsychiatrie. Schwabe, Basel.

Truax, C.B. & R.R. Carkhuff (1967), Toward Effective Counseling and Psychotherapy. Aldine, Chicago.

Trijsburg, R.W. (1981), Controle-onzekerheid. Swets & Zeitlinger, Lisse.

Trijsburg, R.W. (1982), Over het ontstaan van dwanggedrag. Gedrags-therapie 15 (1), 45 - 57.

Vaughan, M. (1976), The Relationship between Obsessional Personality Obsessions in Depression and Symptoms of Depression. Brit. J. Psychiat. 129, 36 - 39.

Velden, K. van der (1981), De behandeling van een vrouw met dwangdenken. Kwart. Dir. Ther. & Hypn. 1 (1), 75 - 86.

Velden, K. van der & R. Van Dyck (1977), Wat is directieve therapie? In: K. van der Velden, Directieve Therapie 1. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Velden, K. van der & O. van der Hart (1985), Eclectische psychotherapie en de psychiatrie: het voorbeeld van een directieve therapie. Tijdschr. Psychother., ter perse.

Verhey, F. & W. Wouters (1980), Het syndroom van Gilles de la Tourette. Tijdschr. Psychiat. 22 (1), 29 - 39.

Walton, D. & M.D. Mather (1963), The Application of Learning Principles to the Treatment of Obsessive-Compulsive States in the Acute and Chronic Phase of Illness. Behav. Res. & Ther. 1, 163 - 174.

Watzlawick, P., J.H. Weakland & R. Fisch (1974), Het kan anders. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Wolberg, L.R. (1967), The Techniques of Psychotherapy. Grune & Stratton, New York.

Woodruff, R. & F.N. Pitts jr. (1963), Monozygotic Twins with Obsessional Illness. Am. J. Psychiat. 11, 1075 - 1080.

Zung, W.W.K. (1965), A Self-rating Depression Scale. Arch. Gen. Psychiat. 12, 63 - 70.

ADDENDUM

In de praktijk van wetenschappelijk onderzoek wordt veelvuldig gepoogd op grond van één of meer variabelen twee of meer groepen te differentiëren. Daartoe kan gebruik gemaakt worden van een discriminantanalyse-methode. Een van de belangrijkste facetten van discriminantanalyse-methoden is de achteraf-waarschijnlijkheden om tot een bepaalde groep te horen, te bepalen. Er zijn verschillende methoden voor dergelijke doeleinden beschikbaar; zij verschillen in assumpties met betrekking tot variabelen die de groepen vermogen te differentiëren. De consequentie daarvan is dat de achteraf-kansen bij deze verschillende methoden verschillen.

Het in dit proefschrift ontwikkelde model om succesvol behandelde patienten (S) van patienten die geen baat hadden (M) te differentiëren zal worden getoetst met behulp van de Kernel-methode. Hieronder zal summier op deze methode worden ingegaan. De verschillende assumpties voor de verschillende discriminantanalyse-methoden laten zich het beste illustreren met behulp van de vergelijking waarin achteraf-waarschijnlijkheden volgens Bayes' theorema worden berekend:

$$p(S | X) = \frac{p(S) f(X | S)}{p(S) f(X | S) + p(M) f(X | M)}$$

waarin:

S en M = de succesvol, resp. niet-succesvol behandelde patienten;

$p(S)$ = vooraf-kans ') om tot de M-groep te behoren;

$p(M)$ = vooraf-kans ') om tot de S-groep te behoren.

') Deze vooraf-waarschijnlijkheden komen gewoonlijk overeen met de steekproefverdeling tussen S en M in dit geval. De rationale is dat deze verdeling een juiste weergave van de populatie-indeling representeert. Men kan de vooraf-waarschijnlijkheden voor zowel S als M stellen op 0.50. Hiermee wordt deze invloed uitgeschakeld.

$f(X|S)$ en

$f(X|M)$ zijn de kansdichtheden.

$p(S|X)$ is, in geval van gelijke vooraf-waarschijnlijkheid om bij - in dit geval - S, resp. M te horen, afhankelijk van de aannemelijkheidsverhouding (likelihood ratio) (lr).

$$lr(X) = \frac{p(X|M)}{p(X|S)}$$

$$p(S|X) = \frac{1}{1 + lr(X)}$$

Iedere discriminantanalyse is een variant op deze benadering, zo ook de Kernel-methode.

Op basis van vooraf-waarschijnlijkheden en aannemelijkheidsverhouding worden de achteraf-waarschijnlijkheden geschat van iedere patient, voor zowel S als M, of hij tot S, resp. tot M behoort. De achteraf-waarschijnlijkheden om tot S, resp. M te worden toegewezen, sommeren naar 1.00.

Een gebruikelijke maat om aan te geven of S zich van M laat differentiëren, is het percentage dat correct wordt geclassificeerd door de analyse-methode. De error rate daarentegen geeft het percentage aan dat incorrect wordt toegewezen, d.w.z. het percentage van de patienten dat op grond van de analyse-methode niet wordt toegewezen aan de groep waartoe het behoort.

Het optimale afsnijpunt (t.b.v. zo gering mogelijke error rate) is dat punt dat percentagegewijs de minste foutieve toewijzingen oplevert. Een dergelijk snijpunt behoeft niet, zoals conventioneel gebeurt in geval van twee groepen, bij $p = 0.50$ te liggen.

De minimumwaarde van de error rate bedraagt 0.00 en de maximumwaarde 0.50. De error rate is een grove maat; een verfijning wordt verkregen door maten te definiëren die oplopen met afnemende achteraf-waarschijnlijkheden om tot de groep (i.c. S en M) waartoe men daadwerkelijk behoort, te worden toegewezen. Een groot aantal maten is hiertoe ontwikkeld, bijv. de kwadratische scoringsregels (Habbema et al., 1978; Hilden et al., 1978a; 1978b). Bij de bespreking wordt

de beschrijving die Jongerius (1984) geeft, gevolgd. Met een kwadratische scoringsregel wordt de betrouwbaarheid van de gehanteerde statistische methode aangegeven: het is een maat voor het discriminerend vermogen van de geselecteerde variabelen. Deze scoringsregel representeert de gemiddelde gekwadrateerde afwijking van de achteraf-waarschijnlijkheden die geschat zijn op basis van de discriminantanalyse ten opzichte van het criterium. In dit geval is dat wel of geen baat hebben bij de behandeling: S, resp. M. Bijv. '): Patient A die baat heeft gehad bij de behandeling (S) heeft op grond van de psychologische variabelen een waarschijnlijkheid van 0.77 om ook werkelijk tot de S-groep te behoren en bijgevolg een achteraf-waarschijnlijkheid van 0.23 om tot de M-groep te behoren. Patient B die eveneens baat heeft gehad bij de behandeling, heeft een waarschijnlijkheid van 0.60 om daadwerkelijk tot de S-groep te behoren op grond van de psychologische variabelen en dus een waarschijnlijkheid van 0.40 om tot de M-groep te behoren. Patient C, een mislukte behandeling, heeft een waarschijnlijkheid van 0.70 om ook werkelijk tot de M-groep te worden toegewezen en patient D, eveneens een mislukte behandeling, heeft een waarschijnlijkheid van 0.90 om bij de M-groep te worden ingedeeld. Met behulp van de kwadratische scoringsregel wordt antwoord gegeven op de vraag hoe groot de kans is dat de indeling correct heeft plaatsgevonden. In de algebraïsche notatie is de formule:

$$Q_2 = \frac{\sum (1 - p_i)^2}{n}$$

waarbij p_i de waarschijnlijkheid is dat patient X_i bij de S-groep, resp. de M-groep behoort; $i = 0$ of 1 , of resp. M of S.

In tabel 42 worden deze voorbeelden uitgewerkt.

') Dit voorbeeld is ontleend aan Jongerius (1984).

Tabel 42: Uitgewerkt voorbeeld kwadratische scoringsregel.

Patient	Feitelijk criterium	Waarschijnlijkheid correcte indeling		Kwadratische scoringsregels
		S	M	
A	S	0.77		$(1-0.77)^2 = 0.05$
B	S	0.60		$(1-0.60)^2 = 0.16$
C	M		0.70	$(1-0.70)^2 = 0.09$
D	M		0.90	$(1-0.90)^2 = 0.01$
				$\Sigma = 0.31$
				$\Sigma/n = 0.31/4 = 0.08$

Voor het uitgewerkte voorbeeld bedraagt de gemiddelde kwadratische afstand dus 0.08.

Indien voor iedere patient de toewijzing 100% zou zijn geweest, dan zou de waarde voor $Q_2 = 0.0$ (minimumwaarde) zijn.

Bij 50% correcte toewijzingskans is de $Q_2 = 0.25$. Hoe lager de waarde, hoe groter het discriminatoir vermogen. Wanneer het feitelijke correcte toewijzingspercentage boven de kansverwachting van 0.50 uitstijgt, dan zal de waarde van de kwadratische scoringsregel < 0.25 moeten zijn.

In vergelijking met de error rate is de kwadratische scoringsregel informatiever in die zin dat deze regel de mate van afwijking (in termen van achteraf-waarschijnlijkheden) tot de groep waartoe men daadwerkelijke behoort, verdisconteert.

Voor het beoordelen van de kwaliteit van een discriminantanalyse-methode (i.e. discriminatoir vermogen) dient de gemiddelde score (achteraf-waarschijnlijkheid) om niet tot de groep waartoe men behoort, te worden toegewezen, over alle patienten te worden berekend: hoe lager het gemiddelde, hoe beter het discriminatoir vermogen. Van belang is of de geschatte achteraf-waarschijnlijkheden betrouwbaar zijn. Toegelicht: een 0.90 waarschijnlijkheid, hoe geloofwaardig is deze waarschijnlijkheid?, in die zin dat wanneer een (zeer) groot

aantal patienten onderzocht is, 90% van hen daadwerkelijk tot de groep wordt toegewezen waarin hij thuishoort, of is dat percentage lager, of zelfs hoger? (zie Jongerius, 1984).

In het eerste geval is de methode 'overconfident' met betrekking tot zijn eigen discriminatoir vermogen en zijn de achteraf-waarschijnlijkheden te gunstig.

In het tweede geval onderschat de methode zijn eigen kwaliteiten: dit wordt 'diffident' genoemd. Hilden et al. (1978a) hebben methoden ontwikkeld om deze vorm van betrouwbaarheid te toetsen.

De geloofwaardigheid van de achteraf-waarschijnlijkheden, berekend op basis van de discriminantanalyse-methode, kan worden gemeten door het vergelijken van de discriminatie, verkregen door deze analyse-methode met de verwachte discriminatie op basis van volledige betrouwbaarheid van achteraf-waarschijnlijkheden (Hilden et al., 1978a). Indien de feitelijke discriminatie Q_2 gelijk is aan de verwachte discriminatie ($E Q_2$), random fluctuaties daargelaten, dan zijn de bevindingen als geloofwaardig te beschouwen. Indien Q_2 groter is dan de verwachte discriminatie ($E Q_2$), dan is de discriminatie overconfident, dat wil zeggen dat van de methode wordt verwacht dat deze beter discrimineert dan ze in feite doet. Indien Q_2 kleiner is dan de verwachte waarde ($E Q_2$), dan is de methode 'diffident'; de methode onderschat dus zijn eigen discriminatoire kwaliteiten. De verwachte discriminatie $E Q_2$ bij 100% betrouwbaarheid wordt berekend met de volgende formule:

$$E Q_2 = \frac{\sum [(p_i) \cdot (1 - p_i)^2 + (1 - p_i) \cdot (p_i)^2]}{n}$$

Het verschil Q_2 tussen $E Q_2$ en Q_2 geeft een indicatie van de geloofwaardigheid (betrouwbaarheid). Deze betrouwbaarheid is groter naarmate de waarde dichterbij 0 ligt.

CURRICULUM VITAE

- 1942 Geboren te Leiden.
- 1969 Arts-examen te Leiden.
- 1974 Bijschrijving als zenuwarts in Specialistenregister.
- 1974 - 1978 Werkzaam als sociaal psychiater bij de Sociaal Psychiatrische Dienst Stichting Geestelijke Gezondheid te Zuid-Holland.
- 1978 - heden Hoofd van de P.A.A.Z. van het Reinier de Graaf Gasthuis / Hippolytusgebouw te Delft.
- 1980 - heden Bestuurslid Stichting Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose.
- 1980 - heden Bestuurslid Nederlandse Vereniging voor Hypnotherapie.
- 1983 - heden Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Hypnotherapie.
- 1981 - 1984 Bestuurslid Medische Staf St Hippolytusziekenhuis (thans Reinier de Graaf Gasthuis) te Delft.
- 1984 - heden Lid van het Bestuur van de European Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine.
- 1981 - heden Redacteur van het Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose
- 1984 - heden Redacteur van de Ericksonian Monographs.
- 1983 - heden Eindredacteur van het Jaarboek voor Psychiatrie en Psychotherapie.

Lidmaatschappen Wetenschappelijke Verenigingen

- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie.
- Nederlandse Vereniging voor Hypnotherapie.
- Nederlandse Vereniging voor Sexuologie.
- Belgische Vereniging voor Gedragstherapie.
- European Society of Hypnosis.
- International Society of Hypnosis.

